ESSAI

N°345.

SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE

DE LA CATARACTE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 décembre 1833, pour obtenir le grade de Docteur en chirurgie ;

PAR THÉODORE MAUNOIR, de Genève,

Membre de la Société médicale d'Observation.

Observer la nature, rassembler beaucoup de faits, prendre leur ensemble pour principes..... Qui sommes-nous pour nous détourner de cette voie.

BICHAT, Œuvres chirurg. de DESAULT.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, Examinateur.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Suppléant.
Pathologie chirugicale	MARJOLIN. / GERDY.
Patholohie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, Examinateur.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL, Examinateur. / ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. / DUPUYTREN. / ROUX, Président.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné), Examinateur.
Dubled.	Sanson (Alphonse), Suppléant.
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau, Examinateur.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

T. MAUNOIR.

A MON ONCLE

Le Professeur MAUNOIR

T. MAUNOIR.

A MONSIEUR

LE DOCTEUR LOUIS

T. MAUNOIR.

A MONSIEUR

LE PROFESSEUR ROUX.

T. MAUNOIR.

ESSAI

SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE

DE LA CATARACTE.

Si, dans l'étude de la cataracte, l'on veut s'en tenir au siége, à la nature, aux principaux symptômes, aux principales variétés de la maladie, et aux moyens chirugicaux qu'on emploie pour la guérir, rien de mieux connu que cette affection; on peut dire qu'il n'en est peut-être pas une dont l'histoire soit plus simple, plus claire, plus uniforme, et le traitement plus incontestablement efficace.

Mais si l'on en vient aux détails, si l'on se demande quelle est la valeur précise de chacune des assertions des auteurs, où sont les preuves qui leur servent de base, si l'on cherche la réponse à certaines questions dont les ouvrages dogmatiques ne parlent même pas, surtout si l'on veut savoir de quel côté se trouve la vérité quand il y a opposition entre les hommes du plus haut mérite, à propos, par exemple, de la valeur comparative des deux grandes méthodes opératoires, sur lesquelles on a pourtant écrit de si longues et stériles discussions, on ne tarde pas à se convaincre que les auteurs ont consi-

gné sur cette maladie, comme sur tant d'autres, bien plutôt les souvenirs vagues de leur expérience que les résultats de l'analyse rigoureuse de faits exactement observés.

C'est à cette méthode imparfaite, à laquelle seule doit s'appliquer l'aphorisme : *Experientia fallax*, qu'il faut sans doute rapporter les opinions si disparates qu'on trouve à chaque pas en médecine, et les omissions complètes sur tant de points qu'il serait intéressant et souvent utile de connaître. S'il en était autrement, si la variabilité constante des faits était la cause des croyances diverses qu'à propos d'un même sujet l'on rencontre chez les hommes les plus éminens, non seulement dans l'histoire proprement dite des maladies, mais surtout quand il s'agit de chercher à les guérir, il n'y aurait là rien moins que l'anéantissement définitif de toute science médicale. En effet, pour qu'une science existe (et je parle d'une science d'observation), il ne suffit pas de rassembler, fût-ce en nombre infini, les faits les plus circonstanciés et les plus exacts, il faut trouver les rapports qui les lient, découvrir les limites de leurs variations ; or, comment trouver ces rapports, s'ils n'existent point, les limites de leurs variations, si ces variations sont infinies?

Heureusement il n'en est point ainsi, et, comme je l'ai dit plus haut, l'habitude assez commune pour beaucoup d'auteurs de n'en appeler qu'à leurs souvenirs, à l'autorité des autres, à quelques faits choisis, exceptionnels, souvent même peu exacts, rend parfaitement compte et des différences d'opinions, et des omissions complètes, et même des erreurs évidentes. Existe-t-il, en effet, une mémoire assez parfaite pour retenir dans *tous* leurs détails *tous* les faits qui se présentent à l'observation, pour résumer ensuite leurs élémens, en ne donnant à chacun que sa valeur réelle, en un mot, pour faire des énumérations complètes?

Quelque simplicité que présente sous plusieurs points de vue l'histoire de la cataracte, ainsi que je l'ai déjà indiqué, il suffit de comparer les résultats de l'observation, tant avec ce qu'ont écrit qu'avec ce qu'ont omis d'écrire les auteurs qui ont traité ce sujet,

pour reconnaître qu'il reste encore bien des lacunes à remplir, quelques erreurs même à rectifier, et presque partout des valeurs positives à substituer à des à peu près ; en d'autres termes, le dernier mot n'est pas dit sur cette affection, et n'est probablement pas près de l'être; c'était l'opinion du docteur *Tartra*, lorsqu'il terminait par ces mots sa thèse de concours : « Rien ne serait plus important, pour perfectionner « la doctrine pathologique et thérapeutique de la cataracte, que de « rassembler un très-grand nombre de faits bien authentiques, de les « comparer entre eux sous leurs différens rapports étiologiques, « de les considérer ensuite sous le point de vue de leur incurabilité « reconnue, des diverses méthodes ou procédés opératoires appli- « qués aux cataractes jugées curables ; enfin des guérisons plus ou « moins parfaites, et des autres résultats plus ou moins variés qui « auraient été obtenus. »

Je n'ai assurément pas la prétention de remédier à la moindre des imperfections que je signale ; seulement, ayant eu l'occasion de recueillir un assez grand nombre d'histoires de cataractes, je vais dire ce que j'ai vu, sans entendre tirer d'autres conclusions que celles qui sont strictement contenues dans la limite des faits.

Pendant toute l'année 1830, l'automne de 1832, et le printemps de 1833, j'ai suivi assidûment le service chirurgical de la Charité ; et, sauf les six ou sept premières opérations qui furent pratiquées au printemps de 1830, et sur lesquelles je ne possède aucun renseignement, j'ai recueilli des notes sur tous les malades, sans exception, qui se sont présentés, pendant ces quatre saisons, pour être opérés de la cataracte. Mes observations ne sont malheureusement pas complètes sur tous les points, c'est-à-dire qu'elles ne répondent pas à toutes les questions que j'ai dû me faire ; mais si elles sont incomplètes, elles ne sont pas inexactes ; si plusieurs manquent de détails

qu'il m'aurait été fort utile de connaître, au moins n'en contiennent-elles aucun qui ne soit l'expression fidèle de ce que j'ai observé avec tout le soin dont j'ai été capable.

Ces explications étaient nécessaires pour faire comprendre comment, à l'occasion de chaque question en particulier, les résultats se trouvent basés sur des nombres différens, puisque j'ai dû nécessairement n'employer que les histoires qui étaient complètes sous le point de vue dont je m'occupais.

Du reste, tenant à connaître positivement l'influence de certains accidens qui viennent quelquefois compliquer l'opération elle-même, et que l'habileté peu commune du professeur *Roux* ne peut toujours lui faire éviter, je n'ai jamais manqué de me placer assez près du malade pour voir aussi exactement que possible les manœuvres délicates qui, dans cette opération plus que dans toute autre, sont d'une si grande importance.

Les observations que j'ai recueillies sont au nombre de cent vingt-une (1), ce qui fait en moyenne à peu près 30 malades *par saison*, car M. *Roux* a pour usage de n'opérer la cataracte, à la Charité du moins, qu'au printemps et en automne.

J'exposerai dans l'ordre suivant les différens points de l'histoire de cette maladie, qui font le sujet de mon travail :

1° Causes.
2° Début, marche de la maladie.
3° Symptômes et diagnostic.
4° Durée de la formation de la cataracte.

---

(1) Il est heureux pour l'observation que le traitement des maladies des yeux, et notamment de la cataracte, ait cessé d'être le partage en quelque sorte exclusif des hommes spéciaux qui pendant long-temps ont accaparé cette branche de l'art de guérir. On peut aujourd'hui étudier ces affections dans tous les hôpitaux de Paris, et ce n'est au détriment d'aucune autre partie de la science que les chirurgiens de nos jours opèrent la cataracte.

5° Description de l'opération, ses difficultés et accidens.
6° Suites de l'opération
7° Résultats définitifs.
8° Prognostic.

ARTICLE PREMIER.

Causes.

Le sexe, l'âge, la constitution, la profession, l'état de santé, la suppression du flux menstruel ou hémorrhoïdal, les violences ou les accidens extérieurs, l'hérédité, doivent être passés en revue.

§ 1er *Sexe.* Sur les 121 sujets atteints de cataracte qui ont été reçus à la Charité, il y avait 61 hommes et 60 femmes (1). Ce chiffre est assez élevé, sans doute, pour qu'on puisse conclure que si cette affection attaque plus souvent l'un des deux sexes que l'autre, au moins la différence ne doit pas être bien grande. Je n'ignore pourtant pas qu'on en a signalé une : on a dit que les hommes y étaient plus sujets que les femmes. Ainsi, dans le Journal complémentaire des sciences médic., tom. XLI, on lit une note du professeur *Fabini*, d'après laquelle, sur 500 cataractés qui se sont présentés à lui, il y en aurait eu 268 du sexe masculin, et 232 du sexe féminin, ce qui fait à peu près 53 hommes et 47 femmes sur 100 ; différence, comme on voit, peu considérable. On trouve encore dans le tom. III du Répertoire général d'anat. et de physiologie pathologique, un tableau des opérations de cataracte pratiquées à l'Hôtel-Dieu, par M. le professeur *Dupuytren*, de 1815 à 1821. Ce tableau porte sur 207 malades, dont 135 du sexe masculin, 72 seulement du sexe féminin. Ce

(1) Il ne faut point oublier que le nombre des lits affectés au service de chirurgie de la Charité est, à très-peu près, également partagé entre les hommes et les femmes.

résultat, fort différent en apparence de ceux que je viens de donner, en est pourtant la confirmation, puisque le nombre des lits destinés aux hommes dans le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu est à peu près double du nombre des lits destinés aux femmes.

§ II. *Age.* C'est chose bien connue, que la cataracte est une maladie de la vieillesse; il n'est peut-être pas une affection qui soit plus spécialement réservée à cette période de l'existence; mais, comme pour confirmer cette règle si générale, qu'il n'y a rien d'absolu là où il s'agit des phénomènes de la vie, on trouve à tout âge des exemples de cette maladie. Il n'est même pas extrêmement rare de voir la cataracte être congénitale, puisqu'un seul chirurgien, *Saunders*, a pu dans les trois dernières années de sa trop courte carrière en opérer jusqu'à soixante de cette espèce.

Toutefois, il faut dire que le nombre des cataractes congénitales, ou qui surviennent pendant la première jeunesse, est fort petit comparativement à celui des cataractes qui se forment dans un âge avancé.

Sur les 121 malades de la Charité (1) aucun n'avait moins de vingt ans, et je me suis assuré qu'il est aussi rare de rencontrer à l'hôpital

---

(1) Pendant long-temps l'administration des hôpitaux s'est opposée, on ne sait trop pourquoi, à ce que les jeunes enfans fussent reçus à la Charité, tandis qu'on les admettait bien plus facilement dans les autres hôpitaux. On pourrait croire que c'est là une des raisons pour lesquelles aucun des malades dont j'ai recueilli l'histoire n'était âgé de moins de vingt ans; mais la chose est peu probable. En effet, M. le professeur *Roux* m'a dit avoir eu *fort rarement*, dans sa pratique particulière, l'occasion d'opérer la cataracte sur de très-jeunes sujets. J'ai fréquenté assidûment pendant plusieurs mois l'hôpital des Enfans malades, sans voir un seul cas de cette affection; et M. *Rufz*, qui y a fait pendant deux ans le service d'interne, n'a, pendant tout ce temps, rencontré qu'un seul enfant affecté de cataracte.

Il faut donc qu'à cet âge la cataracte soit rare, absolument parlant; ce qui du reste est bien connu.

des Enfans malades la cécité produite par l'opacité du cristallin ou de sa capsule, qu'il est fréquent de l'y voir causée par la perforation de l'œil ou l'opacité de la cornée, suites de l'ophthalmie.

Voici du reste comment se trouvent répartis, suivant l'âge, 112 sujets atteints de cataracte :

de 20 à 29 ans.	5	malades
30 à 39.	3	
40 à 49.	11	
50 à 59.	25	
60 à 69.	41	
70 à 82.	27	

D'autre part, dans la note déjà citée du professeur *Fabini,* les 500 sujets affectés de cataracte sont ainsi classés :

de 1 à 10 ans.	14	malades.
11 à 20.	16	
21 à 30.	18	
31 à 40.	18	
41 à 50.	51	
51 à 60.	102	
61 à 70.	172	
au-dessus de 70.	109	

Ces deux tableaux montrent l'immense influence de l'âge sur la production de la cataracte, puisque la fréquence de cette maladie va croissant dans une proportion très-considérable, à mesure qu'on examine des individus plus avancés en âge, c'est-à-dire dont il existe un nombre évidemment beaucoup moindre. Ainsi il est clair que les 27 sujets qui avaient de 70 et 82 ans représentent une proportion bien plus forte que les 25 qui sont entre 50 et 59 ans.

Je dois ici faire remarquer que ce n'est pas seulement d'une manière générale, et dans des limites très-larges que la nature s'astreint aux lois qu'elle semble s'être posées, mais elle les suit en quelque sorte jusque dans les détails. Ainsi, sur ces deux tableaux, dont l'un est fait à Paris, l'autre en Hongrie, on voit que c'est entre 50 et 60 ans que se trouve le quart ou le cinquième du nombre total des sujets atteints de cataracte, le tiers à peu près entre 60 et 70, un peu moins du quart au-dessus de 70.

On pourrait jusqu'à un certain point objecter que l'âge des malades, au moment où ils viennent se faire opérer, n'est point l'âge qu'ils avaient au début de leurs cataractes, et qui seul est intéressant à connaître, puisque mille circonstances peuvent faire que ces individus gardent leur cécité pendant plusieurs années. Voici, relativement à l'époque du début, les résultats obtenus chez 64 sujets :

La cataracte a commencé :

de 20 à 29 ans chez.	4 malades.
30 à 39.	5
40 à 49.	11
50 à 59.	19
60 à 69.	21
70 à 79.	4

La différence, comme on le voit, n'est pas très-grande entre ces proportions et celles des deux autres tableaux ; le nombre des malades croît et décroît dans les mêmes périodes de la vie.

Je dois ajouter que les hommes et les femmes sont en nombre presque égal dans chaque période de dix années.

§ III[e] *Professions.* Certaines professions ont été considérées comme prédisposant à la cataracte : ce sont toutes celles qui exposent à l'action d'un feu très-violent, celles de forgeron, serrurier, verrier, cuisi-

nier, etc., etc... celles dans lesquelles la vue s'exerce sur des objets très-petits et brillans, celles qui obligent à avoir souvent les yeux en contact avec certaines vapeurs irritantes, celles enfin dans lesquelles on est forcé de passer la plus grande partie du temps en plein soleil; c'est ainsi que *Petit* de Lyon avait calculé que les trois quarts des individus affectés de cataracte étaient des cultivateurs.

J'ai noté la profession de 108 cataractés (54 hommes, 54 femmes). Or, des 54 hommes, 30, en effet, avaient été fort exposés par suite de leur état aux intempéries de l'air et aux ardeurs du soleil; 12 d'entre eux étaient d'anciens militaires, dont quelques-uns avaient fait la plupart des campagnes de l'empire; les 18 autres étaient des fermiers, des ouvriers de campagne, des conducteurs de voitures publiques; il y avait deux forgerons, un seul verrier, qui avait travaillé dix ans auprès des fours (ses cataractes n'avaient débuté que huit ans après qu'il eut quitté cette profession); et un ouvrier d'orfévrerie, qui pendant quatre ans avait été employé à la fonte des métaux. Les 24 derniers exerçaient des professions plus sédentaires, ou qui ne les exposaient point aux mêmes influences: c'étaient des portiers, des domestiques, des marchands, etc., etc...

Il ne s'est pas présenté un seul malade dont le métier l'obligeât à fixer des objets très-fins et brillants, ou l'exposât à des vapeurs irritantes.

Quant aux femmes:

12 étaient employées aux travaux de de la campagne;

6 occupées à des ouvrages d'aiguille;

5 étaient blanchisseuses.

Les autres étaient domestiques, portières, femmes de ménage, etc., enfin n'avaient pas de professions qui les exposassent à l'action des causes qu'on assigne à la cataracte (1).

---

(1) Je m'abstiens de rien conclure ici relativement à l'influence des professions sur la production de la cataracte; il en sera de même à propos de la consti-

§ IV. *Constitution.* La conformation extérieure, l'ensemble des traits qui constituent le tempérament ont été notés chez 64 sujets (35 hommes et 29 femmes).

Parmi les hommes, 30 étaient d'une constitution forte, leur teint était hâlé; c'étaient des sujets en général bien musclés, quoique déjà avancés en âge, quelques-uns même avaient des formes presque athlétiques; chez la plupart l'embonpoint était modéré, chez un petit nombre il était considérable, quelques-uns étaient au contraire assez maigres; chez 5 sujets la constitution était plutôt grêle que forte.

La couleur des cheveux n'a été indiquée que chez 25 hommes. Ils étaient ou plutôt avaient été noirs ou châtains chez 18, blonds ou roux chez 7. Je crois me rappeler que presque tous les hommes étaient chauves, même ceux qui n'étaient pas fort âgés; mais comme je ne l'ai pas écrit dans mes notes, et que je me fie peu aux souvenirs vagues, je ne donne point le fait comme certain.

Parmi les 29 femmes, 17 avaient ou avaient eu les cheveux noirs ou châtains; leur teint était plus ou moins hâlé; chez 6 les cheveux étaient blonds; 7 offraient un embonpoint très-prononcé; 5, au contraire, étaient maigres; les autres n'offraient rien de remarquable sous ce rapport.

Un des traits de la constitution, intéressant à connaître, était la couleur des yeux: elle a été indiquée chez 64 sujets. L'iris était d'un brun plus ou moins foncé chez 24; bleu, mais plus souvent gris-bleuâtre chez 21; gris cendré chez 2. Chez 17 autres, l'iris avait une teinte verdâtre; c'était un vert glauque très-marqué chez quelques-uns, plus souvent un fond grisâtre ou même bleuâtre, mais avec un reflet vert bien prononcé. Ces diverses colorations étaient réparties à peu près également chez les hommes et chez les

---

tution et des différens traits qui la caractérisent, à propos de certaines maladies, etc..... Je développerai plus tard les raisons qui me font agir ainsi.

femmes ; celles-ci ont pourtant présenté proportionnellement quelques yeux bruns de plus que les hommes.

On a dit que rarement les myopes étaient affectés de cataracte. Sur 49 individus interrogés relativement à l'état de leur vue avant le début de la maladie, 40 ont assuré qu'elle avait été fort bonne et très-longue ; chez 9 seulement elle était courte ou mauvaise.

§ V. *État de santé.* Sur 93 individus dont l'état de santé habituelle a été recherché avec soin , 87 avaient en général toujours été bien portans ; un grand nombre même ne se souvenaient pas d'avoir jamais eu la plus légère indisposition : des 6 derniers, les uns étaient des vieillards probablement affectés d'emphysème, ils avaient la respiration courte et toussaient depuis plusieurs années ; 2 se plaignaient d'avoir des digestions quelquefois difficiles ; un autre avait des quintes de toux assez fortes depuis plusieurs semaines, au moment de son entrée à l'hôpital : encore faut-il dire qu'aucun d'eux ne se considérait comme malade.

Un oculiste, M. *Lusardi*, paraît avoir fait la même remarque : *J'ai vérifié*, dit-il, dans un mémoire sur la cataracte, *que, tant hommes que femmes atteints de cette maladie, le plus grand nombre jouissaient d'une bonne santé ;* d'où il faut conclure que la cataracte est en général indépendante de toute autre espèce d'état morbide de l'organisme, ce qui est loin d'être fréquent dans les autres maladies.

§ VI. *Céphalalgie.* On a attribué à la céphalalgie une assez grande importance dans l'histoire de la cataracte ; voyons si la coïncidence est fréquente.

63 malades ont été examinés sous ce point de vue : 8 hommes sur 36 avaient été plus ou moins sujets aux maux de tête ; mais chez 2 seulement ces douleurs semblaient avoir quelque rapport avec l'origine des cataractes : l'un était un vieillard de quatre-vingt-deux ans ; il en avait éprouvé de fort légères pendant plusieurs nuits au début de ses cataractes. Le second, âgé de cinquante-cinq ans, avait

été dès son enfance exposé à des migraines violentes, qui revenaient jusqu'à trois ou quatre fois par mois, occupant tantôt le côté droit, tantôt le côté gauche de la tête, et forçant souvent le malade à s'aliter pendant l'accès ; ces migraines avaient enfin diminué spontanément, puis cessé tout à coup et sans retour. C'était depuis cette époque (il y avait quatre ans) qu'il s'était aperçu que l'un de ses yeux commençait à baisser : sa santé était du reste excellente.

Les 6 autres malades disaient seulement être plus ou moins sujets aux maux de tête ; mais ces douleurs, ou bien avaient cessé plusieurs années avant le début des cataractes, ou n'avaient point changé alors, ou enfin n'avaient apparu qu'après que la vue était déjà affaiblie.

Chez les 27 femmes, les maux de tête ont été plus fréquens ; 16, en effet, sans se regarder d'ailleurs comme malades, ont dit en avoir été assez souvent atteintes. Chez 8 seulement, ils ont paru avoir quelque rapport avec les cataractes. Ainsi, 5 d'entre elles n'y étaient pas sujettes avant que leur vue commençât à s'affaiblir ; mais à cette époque, ou un peu avant, des douleurs de tête plus ou moins fortes s'étaient fait sentir et avaient duré un temps variable. Chez l'une de ces femmes, une douleur frontale débuta avec les cataractes, dura presque sans relâche pendant un an, fut parfois très-violente, puis cessa spontanément.

Chez une autre, les douleurs parurent en même temps que l'affaiblissement de la vue, mais ne se montrèrent que de loin en loin, durant deux ou trois jours chaque fois.

Chez une troisième, c'étaient des élancemens fort douloureux qui partaient de derrière la tête, arrivaient au front, persistaient quelques minutes, puis cessaient pour reparaître deux ou trois fois pendant la journée, et ne restaient guère plus de deux jours sans se faire sentir, etc., etc.

Les 3 autres femmes étaient depuis long-temps sujettes aux maux de tête quand leur vue commença à baisser ; mais à cette époque il y eut un redoublement sensible.

Enfin, chez les 8 dernières, il n'y avait pas plus de rapport entre

la céphalalgie et les cataractes que chez les 6 hommes dont j'ai parlé en dernier lieu.

§ VII. *Ophthalmie.* Quelques auteurs considérant la cataracte capsulaire comme assez fréquente, et les inflammations de l'extérieur de l'œil pouvant avoir quelque influence sur celle des parties plus profondes, il était intéressant de rechercher si des ophthalmies habituelles ou très-souvent répétées coïncidaient dans un grand nombre de cas avec des cataractes.

58 malades ont été interrogés à ce sujet : 7 seulement avaient eu des ophthalmies chroniques assez graves, le plus souvent à la suite de la variole. Chez 3 de ces 7 sujets, il restait de fort légers nuages sur la cornée, mais nulle trace d'inflammation. Chez 3 autres, les paupières avaient continué à être le siége d'une phlegmasie chronique; les conjonctives étaient rouges, les cils en partie détruits. Il y avait encore eu chez 3 malades, à l'époque même du début de leurs cataractes, un peu de rougeur et de douleur aux yeux, pendant trois ou quatre semaines chez l'un, pendant deux et cinq mois chez les 2 autres. Enfin, chez 2 malades, qui antérieurement n'avaient jamais eu d'ophthalmies, les yeux étaient un peu rouges depuis quelques semaines, à l'époque où ils furent opérés.

§ VIII. *Suppression d'hémorrhoïdes ou de flux menstruel.* Il est peu de maladies dans la production desquelles on ne fasse jouer un grand rôle à la suppression de quelque écoulement habituel, soit normal, soit anormal, et surtout à celle des hémorrhoïdes ou des règles. Il est vrai qu'on n'y croit guère pour la cataracte en particulier; néanmoins *Ténon* disait avoir remarqué que la marche de la maladie est en général très-rapide chez les femmes arrivées à l'âge critique, et *Tartra* assure que c'est l'époque à laquelle elles y sont le plus sujettes.

Quoi qu'il en soit de ces assertions, voici ce que j'ai observé : sur 23 femmes qui ont éte interrogées relativement à l'époque de la ces-

sation de leurs règles, il s'en est trouvé 17 chez lesquelles les cataractes avaient débuté cinq, dix, trente ans même après cette époque, ce qui ne s'accorde guère avec l'opinion de *Tartra ;* 5 étaient encore reglées au moment où la vue commença à baisser ; chez une seule la disparition du flux menstruel avait coïncidé avec le début d'une cataracte, mais la marche de la maladie ne fut point très-rapide, comme le veut *Ténon*, car au bout d'un an l'œil affecté voyait encore assez bien pour que la malade eût pu facilement se conduire si l'autre avait été perdu. A cette époque, elle fut prise d'un érysipèle, sa face se tuméfia énormément : cette affection dura dix-huit jours, pendant lesquels la cataracte fit de tels progrès, qu'après ce temps l'œil ne pouvait plus que distinguer la lumière d'avec les ténèbres.

Quant aux hémorrhoïdes, de 33 sujets interrogés sous ce point de vue (28 hommes, 5 femmes), 28 n'en avaient jamais eu, les 5 autres, tous hommes, en avaient eu ou en avaient encore. Chez un seul elles paraissaient avoir quelque rapport avec les cataractes ; c'était un vigneron de cinquante-deux ans, qui avait eu des hémorrhoïdes fort douloureuses et souvent saignantes pendant vingt ans de sa vie, puis elles avaient graduellement diminué, et enfin complètement disparu. C'était depuis cette époque qu'il s'était aperçu de l'affaiblissement de sa vue.

§ IX. *Hérédité.* Dès long-temps on a regardé la cataracte comme pouvant être héréditaire, et les exemples ne sont pas rares de familles dont plusieurs membres sont atteints de cette affection pendant deux ou trois générations.

Si la question d'hérédité est une des plus difficiles à résoudre *rigoureusement*, quand il s'agit de maladies extrêmement fréquentes, et qui, sans admettre aucune prédisposition héréditaire, mais par le fait seul qu'elles atteignent habituellement une forte proportion d'une population donnée, devraient souvent se rencontrer chez plusieurs membres d'une même famille ; il n'en est je crois pas de même pour la cataracte, qui sans être rare ne peut cependant, la chose est évidente,

être comparée pour la fréquence avec la phthisie, par exemple. Or, il est impossible, à mon avis du moins, de ne pas croire qu'il y ait dans beaucoup de cas une disposition commune à plusieurs membres d'une même famille, disposition qui fait qu'ils sont atteints de cataracte par cela seul qu'ils appartiennent à cette famille.

Voici d'ailleurs mes raisons :

De 39 sujets (22 hommes, 17 femmes), qui ont pu donner des renseignemens certains sur le point dont il s'agit, 22 ont affirmé que jamais aucun de leurs parens n'avait eu la moinde affection qui pût faire soupçonner la cataracte; 10, au contraire (4 hommes, 6 femmes), ont assuré qu'un ou plusieurs membres de leur famille avaient été atteints de cette maladie; presque tous avaient subi l'opération, en sorte qu'il ne saurait y avoir de doute sur le diagnostic.

J'ai pu, à l'occasion de l'hérédité, constater le cas assez curieux d'une femme dont le grand-père, un oncle, deux tantes, deux cousines (tous du côté paternel), avaient eu la cataracte et avaient été opérés. Elle-même, à l'âge de trente ans, avait été atteinte de la même maladie; enfin, de quatre enfans qu'elle avait eus, l'un était venu au monde avec une cataracte, *reconnue* par M. *Wenzel;* et, chose remarquable, ni son père, ni sa mère, ni ses sœurs, n'avaient jamais rien présenté de pareil (1).

Outre ces dix cas bien tranchés, sept autres malades encore ont dit qu'un ou plusieurs de leurs parens avaient perdu la vue, et le plus souvent à un âge avancé; il est probable que chez quelques-uns au moins, ce devait être par suite de l'opacité du cristallin, mais je n'ai pu en acquérir la certitude.

Ainsi, dans la quatrième partie, au moins, des cas que j'ai étudiés

---

(1) M. *Roux* a opéré de la cataracte trois frères, âgés de trente à quarante ans, nés en Angleterre. Leur père et leur grand-père avaient eu la même maladie, et ils avaient un frère beaucoup plus jeune qu'eux, déjà atteint de cataracte.

sous ce point de vue, la cataracte avait affecté plusieurs membres d'une même famille. Il est impossible, ce me semble, de voir là un effet du hasard.

§ X. *Coups, insolation,* etc., etc. On sait que quelques accidens extérieurs ont été, dans certains cas, chez des individus prédisposés, une cause occasionelle de cataracte. Quand l'effet suit de très-près la circonstance que l'on regarde comme cause, et que la maladie a d'ailleurs une marche beaucoup plus rapide que de coutume, il y a tout lieu de croire que ce n'est pas une simple coïncidence. Plusieurs exemples de ce genre sont consignés dans la thèse du docteur *Tartra.* Il rapporte, d'après *Ténon,* qui avait été témoin des faits, qu'une dame, vivement frappée à l'œil par un bouchon de bouteille, eût, le lendemain même, cet œil cataracté. Un potier entra dans son four encore chaud, il en ressortit avec deux cataractes mûres. *Fabrice de Hilden* a vu une dame de plus de cinquante ans devenir aveugle en une nuit par la formation de deux cataractes, sans douleur ni inflammation, et cela, après avoir pleuré plusieurs jours la perte d'une de ses parentes. Un chirurgien de Mayence rapporte l'histoire d'un homme chez lequel une cataracte se développa subitement après un repas où il s'était enivré. On sait enfin que l'un des accusateurs du célèbre *Desault* entra dans une violente colère en apprenant qu'on lui avait rendu la liberté ; à l'instant même un de ses yeux perdit la faculté de voir, et le lendemain on remarqua qu'il était cataracté.

M. le docteur *Carron Duvillards* a vu, chez trois personnes sexagénaires, la cataracte se développer très-rapidement à la suite du choc d'un bouchon de bouteille ; au bout de peu de jours l'opacité était déjà sensible, elle devint complète dans le courant de l'année ; la vue se conserva intacte à l'œil qui n'avait pas été frappé. Il a vu le même accident arriver chez deux femmes de vingt-cinq à trente ans, qui avaient reçu l'une un coup de raquette, l'autre un coup de queue de billard.

Je n'ai pas rencontré un seul cas dans lequel des circonstances aussi frappantes que celles dont je viens de parler aient précédé le début de la cataracte. Sur 57 malades interrogés sous ce point de vue, voici les seuls qui aient offert quelque chose d'analogue.

1° Chez une femme dont l'un des yeux était déjà cataracté, le second commença à s'affaiblir à la suite de pleurs prolongés; mais un mois après, la cécité n'avait pas fait de grands progrès, et à cette époque il fut opéré....

2° Chez un homme, la vue commença à baisser *quelques mois* après qu'il eût reçu un coup assez violent pour noircir la peau des environs de l'œil; mais la marche de cette cataracte fut lente.

3° Un troisième fit une chute sur les reins à la suite de laquelle il se fit pratiquer plusieurs émissions sanguines, et garda le lit pendant quinze jours; *deux mois plus tard,* il se réveilla un matin ayant la vue très-trouble, tandis que la veille il voyait fort bien.

4° Un quatrième fut mordu près de l'œil par un cheval, qui lui fit une plaie dont il souffrit pendant quinze jours; depuis cette époque il *lui sembla* que cet œil était devenu *un peu* faible, mais le début réel ou au moins évident de la cataracte n'eut lieu que plusieurs années après.

5° Un cinquième, qui était conducteur de voitures publiques, s'étant obstiné un jour d'été à regarder fixement le soleil, un de ses yeux s'affaiblit rapidement, et quelques jours plus tard, il ne pouvait plus que distinguer la lumière des ténèbres.

6° Un sixième enfin reçut un éclat de bois sur l'un des yeux, qui resta rouge et douloureux pendant quatre à cinq jours, s'affaiblit dès ce moment, et au bout de trois ou quatre mois était déjà perdu.

J'ai cité ces exemples pour faire voir que les cas où l'on peut *légitimement* attribuer la cataracte à une cause accidentelle doivent être encore assez rares, bien qu'assurément rien ne soit plus fréquent que les coups ou les blessures dans le voisinage de l'œil.

Le cinquième et le sixième exemple me paraissent être les seuls où

l'on puisse peut-être admettre que l'accident survenu peu avant le début de la cataracte a pu n'y être pas tout à fait étranger.

On a dû voir qu'en passant en revue les diverses circonstances que l'on peut considérer comme causes de la cataracte, je me suis souvent borné à énoncer les faits, sans tirer aucune conclusion, soit négative, soit positive. Relativement au sexe, à l'âge, à l'hérédité, etc., il n'en a pas été ainsi, parce que là il n'y avait pas chance d'erreur ; mais pouvais-je légitimement dire, même si j'avais eu des chiffres très-élevés et des différences très-tranchées, que la cataracte coïncide *surtout* avec tel ou tel tempérament, avec telle ou telle couleur des yeux ou des cheveux, qu'elle affecte surtout les individus à vue longue? De ce qu'un grand nombre de ceux que j'ai observés étaient des cultivateurs ou d'anciens militaires, devais-je conclure qu'elle atteint *principalement* ceux qui sont sans cesse exposés au soleil et aux intempéries de l'air ? Non, sans doute, je ne le devais pas ; tout cela peut être, mais tout cela est fort loin d'être démontré (1). Ce n'est point, en effet, d'après le nombre absolu de fois que se présente avant le début d'une maladie une circonstance quelconque, qu'il est permis de conclure qu'elle est ou qu'elle n'est pas cause de cette maladie ; il faut encore savoir si, proportion gardée, on ne la rencontre point tout aussi fréquemment dans des cas où n'existe aucun état morbide. Ainsi, de ce que sur un nombre donné de malades affectés de cataracte il s'en trouve trois qui ont les cheveux noirs pour un qui les a blonds, quarante qui avaient la vue longue pour neuf qui l'avaient courte, etc., etc., je me garderai bien de conclure que cette maladie se rencontre proportionellement plus souvent chez les indi-

---

(1) Le fait d'égalité de fréquence de la cataracte chez les deux sexes tendrait même à prouver que c'est à tort que l'on considère l'exposition au grand soleil, à un feu ardent, l'application de la vue à des objets très-brillans, etc., comme causes de cette maladie ; il est clair, en effet, que les femmes sont généralement bien moins exposées que les hommes à ces diverses influences.

vidus à cheveux noirs que chez ceux à cheveux blonds, chez ceux à vue longue que chez ceux à vue courte, etc. Qui sait, en effet, si ce n'est point le rapport ordinaire des cheveux noirs aux cheveux blonds, des vues longues aux vues courtes? Dès-lors, de ce que ce rapport se maintiendrait chez les gens atteints de cataracte, il est clair qu'il n'y aurait rien de particulier à en conclure. Il y a plus, c'est qu'il se peut fort bien faire que ce soit précisément l'inverse de ce qui paraît au premier abord, qui se trouve être la vérité. Ainsi, que l'on rencontre je suppose, sur une population donnée, six individus ayant les cheveux bruns, pour un seul qui les a blonds, puis, que sur un certain nombre de cataractés on en trouve trois à cheveux bruns pour un à cheveux blonds, on devra rigoureusement en conclure que la cataracte atteint bien plus souvent les gens à cheveux blonds que ceux à cheveux bruns.

Ces réflexions sont pleinement applicables à l'étude de l'influence des professions. Qui peut dire, en effet, que celle d'agriculteur prédispose plus que d'autres à la cataracte? Qu'il entre chaque année dans les grands hôpitaux de Paris trois ou quatre cataractés, habitans de la campagne, pour un habitant de la ville, qu'est-ce que cela prouve, si la population qui fournit les premiers est trois ou quatre fois plus considérable que celle de Paris, si peut-être elle l'est sept ou huit fois davantage?

Toutes ces choses sont de la dernière évidence; aussi a-t-on lieu de s'étonner en voyant la plupart des auteurs donner leurs longues listes de *causes*, sans la moindre hésitation, sans avoir même l'air de soupçonner qu'ils négligent des précautions qui ne sont, après tout, qu'indispensables! Heureux encore quand ces prétendues causes ont existé un certain nombre de fois, comme simples faits de coïncidence, et sans même rechercher si elles ont eu une influence réelle! Si l'illustre *Corvisart* eût analysé, sous ce dernier rapport seulement, son propre ouvrage, il n'aurait sans doute point dit que les tailleurs sont très-fréquemment atteints d'anévrysme du cœur; car il aurait vu

qu'une seule observation, dans le volume entier, est relative à un ouvrier de cette profession.

M. *Parent Duchatelet*, dans son excellent travail sur la cause des ulcères, est, à ma connaissance au moins, le seul auteur qui ait nettement indiqué et développé suffisamment cette source d'erreurs, aussi est-il d'une extrême réserve dans ses conclusions, qui sont fort restreintes ; c'est par malheur ce qui doit arriver assez souvent, lorsqu'on tient plus à donner des choses prouvées que des choses possibles, des résultats rigoureux que des inductions plus ou moins hasardées. C'est pourtant là, je pense, la route qu'il faut suivre sans jamais s'en écarter, dût-on se voir appliquer ce mot plus spirituel que juste, qu'il est des gens qui, à force de prudence, n'osent pas conclure que deux et deux font quatre.

Du reste, malgré l'insuffisance de toutes ces données pour arriver actuellement à des conclusions rigoureuses, je n'ai pas cru devoir les passer sous silence. Ce genre de recherches, malgré sa stérilité apparente, est, suivant moi, d'une importance majeure. Que manque-t-il, en effet, pour pouvoir en tirer *légitimement* toutes les conséquences qui y sont contenues? Il manque des résultats d'une autre espèce, ceux de la statistique, science précieuse, de date encore récente, mais qui, par cela même peut-être, marche d'emblée et d'un pas assuré aux vérités les plus utiles et les mieux constatées. Combien de questions médicales ne seront susceptibles d'une solution vraiment scientifique qu'après que la statistique en aura fourni les bases indispensables ! Peut-on se passer de ses secours, lorsqu'il s'agit d'étudier l'influence de l'âge, des professions, de l'habitation, du genre de nourriture, des habitudes, etc., etc..... Ne sera-ce pas à une sorte de statistique, que l'on pourrait appeler physiologique ou pathologique, qu'il faudra recourir encore, si l'on veut apprécier exactement l'influence si souvent invoquée des tempéramens, de l'hérédité, et même des diverses maladies les unes sur les autres? Or, tout cela étant du domaine de l'observation, tout cela devant nécessairement finir par être connu, ne convient-il pas de rassembler

d'autre part des matériaux, qui, bien que sans usage maintenant, n'en seront pas moins utiles plus tard?

ARTICLE II.

Début et marche de la maladie.

Le *début* de la cataracte peut être lent ou rapide, avoir lieu pour les deux yeux simultanément, ou pour un seul œil, être sensible pour les malades, ou tout à fait inaperçu, etc., etc. Étudions ces différens points de vue.

Dans le plus grand nombre des cas, c'est d'une manière lente que commence la cataracte : les malades s'aperçoivent que leur vue baisse, ils voient les objets comme à travers un léger brouillard, et reconnaissent le plus souvent que ce trouble de la vision est dû à l'affaiblissement d'un seul œil, tandis que l'autre est encore parfaitement sain : c'est ce qui a eu lieu chez 52 malades sur 60 ; chez les huit autres, auxquels il faut en ajouter deux qui furent opérés en 1830, et indiquèrent le fait sans qu'on le leur demandât, le début eut lieu d'une manière plus ou moins brusque. Le premier était un homme de cinquante-sept ans, écrivain dans un bureau : un jour il se couche après son travail accoutumé, sans avoir remarqué le moindre affaiblissement dans sa vue ; le lendemain, en se réveillant, il y voyait à peine pour se conduire, les deux yeux étaient également affectés.

Le deuxième était un militaire de quarante-deux ans, en marche pour se rendre de Valence à Paris, sa vue était fort bonne ; dans l'espace d'une nuit et sans cause connue, elle devint très-indistincte.

Un troisième, ouvrier à la campagne, âgé de soixante-deux ans, s'aperçut un matin qu'il voyait les objets comme entourés d'un brouillard, il était sûr que la veille il n'y avait rien de semblable : les deux yeux étaient également affaiblis ; du reste, ce ne fut que deux ans après qu'il cessa de pouvoir se conduire seul.

Le quatrième, que j'ai cité ailleurs, était un conducteur de voitures,

qui, à l'âge de soixante-cinq ans, perdit la vue de l'œil gauche dans l'espace de quelques jours, après avoir fixé le soleil.

Un cinquième était un soldat de cinquante-neuf ans : les choses se passèrent chez lui comme chez le troisième.

Le sixième offre un cas assez curieux : c'était un journalier de quarante-sept ans. Étant un jour dans la rue, il s'aperçoit pour la première fois que sa vue est troublée ; il ferme alternativement les deux yeux et découvre que le droit est complètement perdu ; le gauche était fort bon. Trois ans plus tard, pendant qu'il était occupé à lire un journal, son second œil, qui n'avait nullement baissé, s'affaiblit tout à coup à tel point, qu'il ne peut achever sa lecture. Cinq ou six semaines après il n'y voyait plus assez pour se conduire.

Le septième était un ancien capitaine de l'empire, âgé de soixante-deux ans. Un matin il ressentit de vives démangeaisons dans un œil, elles durèrent presque sans relâche pendant trois jours, et l'obligèrent à se frotter avec force. Après ces trois jours la vue fut abolie de ce côté. L'autre œil ne baissa que cinq ans plus tard, et fut perdu en deux mois.

Le huitième était un portier de cinquante-cinq ans : un de ses yeux s'était cataracté avec lenteur depuis quatre ans environ, mais l'autre était si bon qu'il ne s'en inquiétait nullement. Un dimanche, après une promenade à pied, il se couche voyant aussi bien que de coutume, le lendemain matin il ne distinguait plus que la lumière d'avec les ténèbres, et un peu le contour des grands corps, mais sans pouvoir se conduire.

De vingt-six femmes qui font partie de ces soixante malades, deux seulement ont offert des particularités analogues.

Chez l'une, âgée de trente-cinq ans, un premier œil s'était cataracté avec lenteur ; deux ans après, le second baissa rapidement, mais la malade ne cessa de pouvoir se conduire que quatre à cinq mois plus tard.

Chez l'autre, qui était une couturière, âgée de vingt-huit ans, le premier œil s'était aussi perdu lentement. Trois ans après environ,

cette femme, après avoir cousu toute la journée selon sa coutume, s'aperçut que sa vue baissait rapidement dans la soirée; le lendemain matin elle n'y voyait plus assez pour coudre, trois ou quatre jours après elle ne pouvait plus reconnaître ses parens, et au bout d'une semaine elle cessa de pouvoir se guider seule.

Il est assez digne de remarque,

1° Que sur ces dix cas, deux seulement sont relatifs à des femmes, bien que le nombre de ces dernières ne soit pas fort inférieur à celui des hommes.

2° De ces 10 malades, 2 seulement avaient dépassé soixante ans, 4 étaient entre cinquante et soixante, 4 au-dessous de cinquante.

3° Dans trois cas, le début a eu lieu ainsi d'une manière rapide pour les deux yeux à la fois; six fois, au contraire, un seul des deux yeux s'est perdu rapidement, chez le septième malade le début a été également brusque pour les deux yeux, mais à trois ans de distance.

4° Enfin, cette sorte de début n'a point paru avoir d'influence fâcheuse sur le résultat définitif de l'opération. En effet, de quatorze yeux opérés, neuf l'ont été avec un succès complet.

La cataracte commence en général par affecter un seul œil : c'est ce qui a eu lieu chez 63 malades sur 72. L'œil droit a été le premier atteint trente-cinq fois, le gauche vingt-huit fois.

Dans neuf cas, au contraire, les deux yeux ont commencé à s'affaiblir en même temps.

Enfin, il arrive quelquefois que les sujets affectés de cataracte ne se sont nullement aperçu de la perte de leur premier œil; c'est accidentellement, en fermant le second œil par exemple, qu'ils découvrent que celui qui reste ouvert a plus ou moins complètement perdu la faculté de voir. Ce mode de début n'est même pas fort rare : il a eu lieu dans la neuvième partie des cas chez 72 malades. C'est une chose à la fois digne de remarque et difficile à comprendre, que de voir certains individus qui s'aperçoivent immédiatement d'un trouble dans la vision, par cela seul qu'un de leurs yeux commence à

s'affaiblir, tandis que d'autres ne soupçonnent pas même que d'un côté leur vue est complètement abolie.

Il est un point dont la discussion trouve naturellement place ici.

La cataracte peut-elle *souvent* rester bornée à un seul œil pendant longues années, et même pendant toute la vie? ou bien une fois qu'elle existe d'un côté, y a-t-il de grandes chances pour que le second œil soit plus ou moins promptement atteint de la même maladie?

La solution de cette question, qui au premier abord ne semble que curieuse, peut cependant devenir d'un haut intérêt pratique. En effet, s'il était démontré que dans certains cas l'on pût prévenir la formation d'une seconde cataracte ou en obtenir la guérison spontanée lorsqu'elle est à son début, par cela seul qu'on aurait opéré le premier œil atteint, on conçoit qu'il serait fort important de ne pas s'en tenir à la règle généralement donnée, de n'entreprendre l'opération que lorsque les deux yeux sont cataractés. Je sais que cette cure spontanée de la cataracte est révoquée en doute par la plupart des chirurgiens; mais il faut dire qu'ils se trouvent bien rarement dans les circonstances favorables pour vérifier le fait, puisqu'il en est peu qui consentent à opérer un œil avant que le second soit affecté. L'opinion n'est d'ailleurs pas unanime sur ce point; ainsi *Wenzel* a vu une personne déjà âgée, qui, opérée avec succès d'une cataracte à l'œil droit, ne voulut point se faire opérer l'autre. Vingt ans après il rencontra cette même personne, et fut étonné d'apprendre qu'elle distinguait également bien de l'œil gauche. Elle lui raconta que la faculté de voir était revenue *progressivement* à cet œil, sans l'emploi d'aucun moyen. Il observa cependant que la pupille gauche était un peu jaunâtre et opaque à sa partie supérieure. Le même auteur assure avoir vu encore d'autres faits semblables. *Saint-Yves* cite le cas d'un homme blessé à l'œil droit; peu de temps après, cet œil fut atteint de cataracte et l'œil gauche ne tarda

pas à avoir le même sort, mais la vue se rétablit *spontanément* lorsque l'œil droit eut été opéré. Enfin un auteur anglais de nos jours, M. *John Bowen*, dans un petit ouvrage où il propose une nouvelle méthode opératoire, déclare positivement qu'un cristallin malade ne saurait être opéré trop tôt, puisque, dit-il, on peut prévenir la cataracte du second œil en opérant le premier de bonne heure; il cite à l'appui de son opinion l'exemple d'un religieux qu'il opéra à Rome, du côté droit, pour une cataracte qui datait de six ou sept ans; l'opacité commençait à paraître sur l'œil gauche, elle disparut entièrement après cette opération, qui eut d'ailleurs un plein succès. Le même auteur rapporte aussi un passage de *Wardrop*, qui lui semble confirmer sa manière de voir. « Il est, dit ce dernier, une maladie des yeux fréquente chez « les chevaux; elle a l'apparence d'une inflammation spécifique, elle « se porte d'abord à l'un des deux yeux, puis bientôt après atteint l'au- « tre, et détruit tôt ou tard la vision. Quelques vétérinaires savent que « si l'œil qui est le premier atteint vient à suppurer et à se détruire « dans son orbite, la maladie ne se porte point à l'autre œil, ou « qu'elle s'arrête si elle s'y était déjà déclarée. En conséquence, ils « ont adopté la méthode de détruire tout d'un coup l'œil malade « pour sauver l'autre. Ils y arrivent en le perçant d'un clou, ou en « introduisant de la chaux entre les paupières. »

Je n'ai moi-même rien vu qui ait trait au sujet dont je parle actuellement; ce que je viens de rapporter, je ne l'ai fait que pour montrer qu'il *était possible* qu'un jour il fût fort important de savoir quelles chances il y a d'avoir deux cataractes, lorsqu'on en a déjà une.

Je reviens à cette dernière question.

La réponse qu'on y fait assez généralement est celle-ci : Lorsqu'un œil est atteint de cataracte, le second œil finit *le plus souvent* par être affecté de la même maladie. Je suis loin de nier le fait, mais je prétends qu'il n'est point aussi facile à établir d'une manière rigoureuse qu'on pourrait d'abord le penser. En effet, l'on peut fort bien objec-

ter que si l'on voit tant de cataractes doubles dans les hôpitaux, et même chez les gens des classes aisées, c'est que dans le plus grand nombre des cas, les individus qui conservent un œil sain ne viennent point réclamer les secours de la chirurgie ; et ce qui serait en faveur de cette opinion, c'est que ceux même qui portent deux cataractes ne se présentent le plus souvent que quand leur vue est assez affaiblie pour les empêcher de se livrer à leurs occupations habituelles, c'est-à-dire que très-fréquemment ils ont gardé une cataracte d'un côté pendant un temps plus ou moins long, sans songer à s'en faire débarrasser. Pourquoi n'en serait-il pas de même, peut-on dire, chez un grand nombre d'individus qui restent toute leur vie cataractés d'un seul œil?

Je vais dire ce que j'ai observé à ce sujet, et quelles sont les raisons qui, suivant moi du moins, peuvent faire croire que l'opinion générale est bien l'expression de la vérité.

De 69 sujets qui ont été reçus à la Charité pendant l'automne de 1832 et le printemps de 1833, pour subir l'opération de la cataracte, *un seul* n'était atteint de cette maladie que d'un côté ; elle existait depuis trente ans au moins, et il n'avait songé à venir réclamer des secours que parce que de légères taies s'étaient depuis un an développées sur l'autre œil, et gênaient un peu la vision. De 52 autres malades qui furent opérés en 1830, 10 ne le furent que d'un côté ; malheureusement, je n'ai pas, dans les dix cas, indiqué quel était l'état de l'autre œil. Chez *un seul*, il est dit expressément que l'un des yeux était parfaitement sain, mais l'autre était affecté de cataracte *seulement depuis un an*. Quelque chose d'analogue existait probablement chez un ou peut-être deux autres malades ; je dois dire pourtant que je n'en ai pas la certitude. Ainsi donc, sur 121 sujets, il ne s'en est trouvé que 2 qui bien certainement n'eussent qu'une seule cataracte, encore n'était-ce que chez l'un des deux que cette affection remontait à une date fort ancienne.

Mais l'objection faite plus haut se représentant ici, il faut chercher

d'autres moyens de déterminer quel est en réalité le rapport des cataractes doubles aux cataractes simples.

Or, si l'on considère,

1° Que sur 72 sujets chez lesquels il a été possible de fixer le début ds cataractes, il en est 9 chez qui ce début a eu lieu pour les deux yeux en même temps ;

2° Que chez 8 seulement de ces 72 sujets, l'un des yeux était déjà complètement perdu à l'insu des malades, quand ils s'aperçurent que le second œil baissait, et que par conséquent ce ne serait que chez ces 8 malades qu'on pourrait, à la rigueur, supposer que la première cataracte a existé *seule* pendant un temps fort considérable, chose qui n'est ni prouvée, ni même probable, d'après ce qui suit :

3° Que chez tous les autres, la seconde cataracte a débuté quelques semaines, quelques mois, ou tout au plus de trois à cinq ans après la première; que chez 2 seulement elle a débuté dix et vingt-cinq ans plus tard ;

4° Enfin, que pour 47 individus chez lesquels il a été possible de déterminer avec quelque précision le temps qui s'est écoulé depuis le début de la première cataracte jusqu'au moment où le malade a cessé de pouvoir se conduire seul, la moyenne de ce temps, comme je le dirai plus bas, n'a été que de cinq ans et un mois ;

Si, dis-je, on rapproche toutes ces circonstances, on sera porté à conclure qu'une première cataracte (ou, si l'on veut, la cause qui l'a produite) a paru avoir presque constamment une influence si rapprochée sur l'état de l'autre œil, qu'il est peu probable qu'on doive souvent rencontrer une cataracte unique pendant de longues années, puisque, lorsqu'il y en a deux, elles se sont succédé après un temps en général assez court,

Néanmoins, cette espèce de solution détournée est loin d'être rigoureuse, j'en conviens, c'est à l'observation directe qu'il faut en appeler.

Quoi qu'il en soit, il est une chose bien digne de remarque, c'est qu'il existe une différence notable entre la cataracte, qui, personne

ne le conteste, atteint fort souvent les deux yeux, et d'autres maladies qui semblent affecter de ne plus toucher à un organe, par cela seul qu'elles ont déjà attaqué l'organe similaire. Quoi de plus rare, par exemple, que de voir le cancer atteindre les deux mamelles, les deux testicules? et cependant la similitude d'organisation et de fonctions n'est-elle pas aussi complète entre les deux mamelles et les deux testicules qu'entre les deux cristallins? et cependant la cause qui produit le cancer n'a-t-elle pas d'aussi profondes racines dans l'organisme, lorsqu'une fois elle s'y est développée, que la cause qui produit la cataracte?

Marche. Il me reste peu de chose à ajouter sur la marche de la cataracte : elle a été presque constamment lente et uniforme, sauf dans quelques cas déjà cités, où elle a été aussi rapide que le début de l'affection avait été brusque.

Les malades voyaient, en général, peu à peu et sans changemens subits, s'épaissir le brouillard qui les environnait, jusqu'à ce qu'enfin ils arrivassent à ne plus pouvoir se conduire. Quelquefois seulement, la maladie, après avoir débuté lentement, a fait des progrès rapides en peu de jours, ou même dans l'espace d'une nuit. Ainsi, chez un homme dont les deux yeux avaient commencé à s'affaiblir à cinquante-neuf ans, la cataracte avait marché avec tant de lenteur, qu'après cinq ou six ans il voyait encore à se conduire; puis, sans cause connue, et dans l'espace d'une nuit, la cécité devint complète.

Chez une femme dont j'ai déjà parlé, un érysipèle de la face parut accélérer beaucoup la marche de la maladie.

Chez une troisième enfin, le début et la marche des deux cataractes avaient été lents; elle y voyait encore assez bien d'un œil pour se conduire facilement, lorsqu'elle fit à pied une course de cinq lieues, après laquelle la cataracte fit de tels progrès, qu'au bout de trois jours il fallut reconduire la malade chez elle; elle n'aurait pas vu à pouvoir marcher sans guide.

ARTICLE III.

Symptômes et diagnostic.

Les symptômes de la cataracte sont bien connus ; toutefois, comme on n'est pas entièrement d'accord sur la valeur de quelques-uns d'entre eux, je vais les examiner en détail. Outre ceux qui se tirent de l'inspection de l'œil, on en trouve d'autres dans les sensations qu'éprouvent les malades.

§ I. Ainsi, ce brouillard uniforme, et sans cesse plus épais, qui enveloppe tous les objets et finit par les dérober complètement à la vue, est constant chez tous les individus affectés de cataracte.

§ II. Mais, dans plus des trois quarts des cas, d'autres sensations viennent s'y joindre. Ainsi, sur 59 cataractés, 13 seulement n'avaient jamais aperçu autre chose que ce brouillard uniforme ; les 46 autres, au contraire, avaient eu en outre des illusions très-variées : ils voyaient des rubans colorés, des diamans, des éclairs, des flammes, des lames, des anneaux brillans, des serpens qui semblaient ramper devant eux, et cela, tantôt au début, d'une manière passagère, tantôt à une époque plus avancée, quelques-uns pendant plusieurs années de suite. Mais, de toutes ces illusions ou imaginations, comme on les a nommées, la plus commune de beaucoup était la présence fréquente ou même continuelle d'une ou plusieurs mouches noires voltigeant tantôt devant un œil, tantôt devant les deux. Chez 33 des 46 sujets en question, cette sensation a existé seule ou réunie à quelques-unes de celles qui viennent d'être signalées. J'ai cherché si elles ne dépendaient point des taches, des stries variées qu'on voit, comme je le dirai plus bas, se dessiner assez souvent sur le fond opaque de la pupille ; mais c'est une explication à laquelle il a bientôt fallu renoncer,

vu que les deux tiers au moins des sujets qui avaient éprouvé ces sensations portaient des cataractes d'aspect complètement uniforme.

Il serait bien important d'étudier avec soin, chez un grand nombre d'individus atteints de cécité, toutes ces sensations visuelles dont la cause n'est pas connue; peut-être serait-ce le moyen d'arriver au meilleur signe pour reconnaître la maladie, lorsque l'examen des yeux ne suffit pas pour lever tous les doutes. En effet, les avis sont loin d'être unanimes sur les caractères différentiels de l'amaurose, par exemple, et de la cataracte, dans les cas difficiles. C'est ainsi que M. le professeur *Marjolin*, à l'article *Amaurose* du Dict. de médecine, dit que la vision s'exerçant mieux latéralement qu'en face est un signe propre à la cataracte, puisque les amaurotiques ne voient pas mieux, dans quelque position que soient les objets relativement à leurs yeux. Au contraire, *Beer* et *Richter* (cités par *S. Cooper*) prétendent que dans l'amaurose il arrive fréquemment que le malade peut encore voir dans une position déterminée. *Richter* va plus loin : suivant lui, comme c'est le centre de l'œil qui paraît le plus souvent affecté dans la goutte sereine, il arrive que *le plus grand nombre* des malades qui ont un commencement d'amaurose voient toujours mieux les objets situés latéralement que ceux qui se trouvent en face.

§ III. Je ne puis dire ce qui se passe dans l'amaurose : je n'en ai pas observé un assez grand nombre; mais ce qui est certain, c'est que dans la cataracte il n'est point rare de rencontrer ce symptôme dont parle M. le professeur *Marjolin*, et qui du reste est bien connu. Il ne faut pourtant pas croire qu'on puisse le constater très-fréquemment : beaucoup de malades n'y ont pas porté leur attention, et ne peuvent donner de renseignemens sur ce point. Sur 46 cataractés, 23 étaient dans ce cas; des 23 autres, 15 avaient fort bien remarqué qu'il y avait eu une époque où ils distinguaient bien mieux les objets placés à côté d'eux que ceux qui étaient en face; 8, au contraire, ont affirmé avoir fréquemment essayé de toute espèce de position, sans jamais mieux voir de côté qu'en face.

§ IV. Il est une autre espèce de sensation que quelques auteurs disent particulière aux personnes atteintes d'amaurose commençante : c'est de voir la lumière artificielle et les objets très-éclairés, comme entourés d'une auréole irisée ; c'est aussi d'être affectées de diplopie. Je ne sais ce qui a lieu dans l'amaurose, mais au moins ces phénomènes n'appartiennent pas exclusivement à cette dernière affection : on les rencontre, quoique rarement, dans la cataracte. Ainsi, de 25 malades interrogés sous ce point de vue, 3 disaient que la lumière artificielle leur paraissait entourée des couleurs de l'arc-en-ciel ; et assurément aucun d'eux n'était amaurotique, car l'extraction du cristallin leur rendit la vue, au moins d'un côté. Chez presque tous, la flamme d'une lampe semblait être un globe de feu très-volumineux.

§ V. Neuf d'entre eux éprouvaient encore d'autres sensations : les uns, au lieu d'une lumière, en voyaient deux ou un plus grand nombre ; d'autres, autour de la lumière principale, qui leur paraissait fort grosse, apercevaient une multitude de petites flammes qui semblaient en sortir ; chez l'un d'eux, la flamme d'une lampe paraissait répétée 20 ou 30 fois quand il en était éloigné, elle redevenait unique dès qu'il s'en approchait ; un dernier enfin, lorsqu'il fixait la lune, croyait voir plusieurs globes lumineux, et jamais une lumière artificielle n'avait produit chez lui d'effet analogue.

Il serait *curieux* de rechercher si les mêmes sensations existent chez les amaurotiques, et dans quelle proportion on les rencontre.

§ VI. On sait que les sujets affectés de cataracte présentent ce phénomène particulier, que, dans les premiers temps au moins de leur maladie, ils voient mieux dans un lieu un peu obscur que dans un endroit fort éclairé, avant le lever et après le coucher du soleil que pendant que cet astre est sur l'horizon. Ce fait s'explique fort bien en tenant compte des changemens qui ont lieu dans les dimensions de la pupille. Chez les cataractés, tout comme chez les individus dont les yeux sont parfaitement sains, la pupille se rétrécit lorsque l'œil est exposé à une lumière un peu vive ; elle se dilate, au

contraire, dans les circonstances opposées. Or, l'épaisseur du cristallin diminuant d'une manière très-rapide du centre à la circonférence, et l'opacité dans la cataracte étant en général moindre au pourtour qu'au centre de la lentille, il est clair que les images des corps doivent parvenir d'autant plus facilement au fond de l'œil que les rayons lumineux tombent sur le cristallin plus près de sa circonférence, c'est-à-dire que la pupille est plus largement dilatée. Mais ce phénomène de la dilatation et du resserrement de la pupille, qui est constant chez les individus cataractés, tout en rendant fort bien compte de ce qu'ils éprouvent en passant d'une lumière vive dans un lieu comparativement obscur, me semble être une objection assez puissante contre l'espèce de dépendance intime qu'on admet généralement entre l'iris et la rétine. En effet, s'il est vrai que dans l'état normal de l'organe de la vision l'une des fonctions de l'iris soit de resserrer l'ouverture pupillaire proportionnellement à la quantité de lumière que reçoit la rétine, par suite d'une sorte de consensus entre ces deux membranes, la première réglant toujours et uniquement ses mouvemens d'après les besoins et les impressions de la seconde, comment se fait-il que dans la cataracte, maladie qui ne change en rien l'état normal de la rétine et de l'iris, qui interpose seulement entre elles un voile opaque; comment, dis-je, se fait-il que cette sorte de consensus, cette espèce d'intelligence de l'iris soit tellement pervertie, que cette membrane ne règle plus ses mouvemens sur les impressions reçues par la rétine, mais seulement sur la quantité de lumière qu'elle reçoit elle-même, puisqu'elle se contracte au grand jour de manière à annuler tout à fait la faculté de voir? Cette objection me semble si forte, que jusqu'à nouvel ordre je préférerais admettre que dans l'état normal l'iris peut se mouvoir non-seulement sous la dépendance de la rétine, mais aussi sous l'influence directe de la lumière qui la frappe elle-même.

Cette manière de voir rend compte et de ce qui se passe dans la cataracte, et de ce qui a lieu dans l'état naturel. Je sais bien qu'on peut objecter que dans l'amaurose l'iris est le plus souvent immobile,

et semble, par cet état de paralysie, suivre l'état de paralysie de la rétine : mais l'objection est, je crois, plus dans les mots que dans les choses. Qu'est-ce qui prouve que l'amaurose soit dans tous les cas une paralysie proprement dite de la rétine, et même que la maladie ait son siége dans la rétine? Absolument rien : on déclare qu'il y a paralysie de la rétine, parce qu'on voit persister la transparence de tous les milieux de l'œil, tandis que la vue est abolie. Mais pourquoi la cause de la maladie n'aurait-elle pas agi *primitivement* aussi bien sur le ganglion ophthalmique et les rameaux de la cinquième paire, que sur les autres parties nerveuses de l'appareil de la vision? D'ailleurs ne voit-on pas bien fréquemment l'amaurose comme symptôme d'une lésion matérielle, appréciable, d'une portion limitée du cerveau ou même du cervelet, sans qu'on trouve le moindre changement ni dans la rétine ni dans le nerf optique? Comment, dans ces cas, la rétine paralyse-t-elle l'iris, puisque c'est dans les centres nerveux bien évidemment, et non ailleurs, que réside la cause de la cécité?

Enfin, il n'est pas besoin d'avoir observé un grand nombre d'amauroses pour savoir que la vue peut être totalement abolie, l'iris conservant l'intégrité de ses mouvemens. Je rappellerai encore, comme preuve de la possibilité d'indépendance de la rétine et de l'iris, ce qui se passe lorsqu'on applique sur l'œil de l'extrait de belladone : la pupille se dilate, reste immobile ; et si la dose du topique n'a pas été assez considérable pour procurer des étourdissemens, la sensibilité de l'œil à la lumière n'en est nullement diminuée : c'est même un moyen palliatif qui a été conseillé pour rendre momentanément la vue plus distincte, dans les cas de cataracte commençante.

Je reviens au sujet qui m'a entraîné dans cette digression. Si, chez la plupart des cataractés, la vue s'exerce plus nettement dans les endroits obscurs qu'au grand jour, surtout au commencement de la maladie, cependant la chose n'a pas toujours lieu. Ainsi, sur 55 sujets, 45 ont déclaré qu'en effet, dès le début de l'affection, ils avaient mieux vu dans un lieu obscur que dans un lieu fort éclairé; chez un petit nombre, cette différence a cessé au bout d'un certain

temps, ou même l'inverse a eu lieu ; mais la plupart, à l'époque où ils ont été opérés, présentaient encore cette particularité. Des 10 autres, 4 ont affirmé qu'en aucun temps ils n'avaient mieux vu à l'ombre qu'au soleil ; 6 enfin ont déclaré qu'ils avaient toujours bien mieux vu quand ils étaient exposés à un grand jour, ou même en plein soleil, que dans les circonstances opposées.

Pour être difficile à comprendre, le dernier fait n'en est pas moins certain ; j'ai mis le plus grand soin à le constater.

On verra d'ailleurs bientôt qu'il est permis d'élever quelques doutes sur la simplicité de la cataracte dans deux de ces cas.

§ VII. *Mobilité de la pupille; état de la vue.* Chez tous les malades qui furent opérés, à part les rares exceptions qui vont être indiquées, les pupilles étaient régulières, bien mobiles, et la faculté de voir n'était pas tellement abolie, qu'ils ne distinguassent facilement la lumière d'avec les ténèbres et ne s'aperçussent fort bien du passage d'un corps opaque devant leurs yeux ; plusieurs même voyaient encore le contour des grands objets, et reconnaissaient les couleurs vives.

Quant aux exceptions, voici ce qui eut lieu : 1° chez un homme de soixante-quatre ans, les pupilles avaient une demi-ligne environ de dilatation, elles étaient fort légèrement irrégulières, leur mobilité très-douteuse : néanmoins le malade distinguait bien la lumière des ténèbres, et même le contour des corps, il avait toujours mieux vu dans un lieu sombre que dans un lieu très-éclairé, et n'avait jamais eu de maux de tête. Un seul œil fut opéré ; aucune adhérence n'empêcha la sortie du cristallin ; le malade vit aussitôt le grand jour ; mais l'œil fut détruit par la suppuration. Il paraît assez probable que, malgré l'état des pupilles, ce n'était pas un cas d'amaurose.

2° Le fait suivant présente des circonstances fort différentes : il est relatif à un homme de quarante-cinq ans dont il a été parlé ailleurs; depuis trente ans, au moins, son œil droit distinguait seulement la lumière d'avec les ténèbres, et pas mieux le soir qu'au milieu du jour; il ne se rappelait rien sur le début de la maladie, seulement il disait n'avoir ja-

mais eu de maux de tête; la pupille était régulière, bien mobile, d'une à deux lignes de diamètre, la cataracte d'un blanc de lait uniforme; l'autre œil était parfaitement sain, à part quelques légères taies de date récente. Cet homme fut opéré; après l'incision de la cornée, et sans autre lésion apparente, il s'écoula une quantité médiocre de corps vitré assez fluide; l'opération fut suspendue; aucun accident n'eut lieu. Un mois plus tard, l'extraction fut de nouveau tentée: aussitôt après la section de la cornée, l'humeur aqueuse s'écoula comme de coutume, mais un peu filante, il était évident qu'elle tenait en dissolution une petite quantité de corps vitré; néanmoins la cristalloïde fut ouverte avec l'aiguille, et sur-le-champ la cataracte s'écoula en entier sous forme d'un liquide laiteux; la pupille resta parfaitement noire, mais la vue ne gagna point au moment même. Sept jours plus tard, la cornée et la pupille étaient très-nettes, l'iris contractile, le malade pouvait dire, quoique avec peine, si les doigts qu'on lui montrait étaient rapprochés ou éloignés; peu à peu cette faculté se perdit, sans douleur aucune, et lorsque cet homme quitta l'hôpital, quinze jours plus tard, il avait dans le champ de la pupille une tache grisâtre, triangulaire, qui en occupait à peine le tiers; le reste de cette ouverture était bien noir, cependant le malade n'apercevait plus que le jour; l'iris avait conservé sa contractilité. Ce cas est de nature à laisser des doutes sur l'état d'intégrité de la rétine et du corps vitré avant l'opération.

3° Le troisième est relatif à un homme de soixante-douze ans, non sujet à la céphalalgie. Sa vue baissait depuis plusieurs années, mais il ne pouvait fixer l'époque; depuis ce temps il avait toujours mieux vu à l'ombre qu'au soleil, les pupilles étaient régulières, d'une ligne et demie de diamètre environ; elles *se contractaient fort peu;* le malade ne pouvait se conduire, mais il distinguait encore bien le contour des corps. L'extraction fut pratiquée d'un seul côté: le malade vit aussitôt les objets qui l'entouraient. Malheureusement l'inflammation se déclara, et la cornée devint opaque. Malgré le peu de mobilité des pu-

pilles, on ne peut je crois pas admettre que cette cataracte fût compliquée.

4° Le quatrième cas est un des plus remarquables ; il est relatif à un homme de quarante-cinq ans, dont il a été fait mention ailleurs, et dont les deux yeux se perdirent subitement, le second pendant qu'il lisait un journal. Lorsqu'il se présenta à la Charité, les pupilles étaient fort étroites, d'une ligne tout au plus de diamètre ; la gauche régulière, mais très-peu mobile ; de ce côté le malade distinguait le jour d'avec la nuit, mais rien de plus. La pupille droite était un peu ovale de haut en bas, et complètement immobile ; l'œil droit n'apercevait pas même la lueur du jour ; les cataractes étaient brillantes, d'un gris perlé. Le professeur *Roux* opéra l'œil gauche : aussitôt après l'extraction du cristallin, le malade vit ses doigts, et demanda alors avec de telles instances à être opéré de l'autre côté, que M. *Roux* finit par y consentir. Malgré l'étroitesse et l'immobilité de la pupille, aucune adhérence n'entrava l'extraction, et sur-le-champ le malade assura qu'il voyait aussi ses doigts, mais moins nettement que de l'autre côté. Un mois après il quitta l'hôpital, dans l'état suivant : à gauche, la cornée était bien nette, quoique le lambeau fût un peu saillant ; la pupille très-noire, immobile, arrondie supérieurement, irrégulière en bas, et se prolongeant sous forme d'échancrure jusqu'à la cicatrice de la cornée, à laquelle l'iris adhérait dans une petite étendue. De cet œil le malade reconnaissait très-bien une montre, et en distinguait même les aiguilles, quoique avec un peu de peine ; mais il lui semblait sans cesse voir un fil d'araignée tendu devant lui. A droite la cornée était nette, la pupille assez étroite, pas exactement arrondie, parfaitement noire, immobile ; de cet œil le malade voyait plus distinctement que de l'autre, il lui semblait qu'il pourrait lire de gros caractères, il se félicitait grandement du succès de cette seconde opération. Du reste, sa vue offrait cette particularité, qu'elle était très-courte ; lorsqu'il se promenait seul, il fallait qu'il marchât avec beaucoup de précaution, car il n'y voyait presque point à deux ou trois pas devant lui.

5° Le cas suivant est intéressant sous d'autres points de vue. Il s'agit d'un homme de cinquante ans. En fendant du bois pendant l'hiver de 1831, un fragment vint frapper son œil, qui resta rouge et douloureux pendant quatre ou cinq jours ; dès-lors la vue baissa de ce côté, et en trois ou quatre mois elle fut détruite. L'œil droit commença à s'affaiblir dès que le gauche fut perdu, et mit à peu près le même temps à arriver au même point. Le malade n'avait jamais été sujet aux maux de tête, jamais non plus il n'avait mieux vu le soir ou le matin qu'en plein jour; au contraire, à l'époque où il n'y voyait plus que pour se conduire, il préférait une lumière vive. Lorsqu'il se présenta à la Charité, ses pupilles se contractaient, mais lentement et d'une très petite quantité; la droite était arrondie, régulière, la gauche se prolongeait un peu en dehors, en une sorte de dépression ovale. Les iris paraissaient un peu bombés en avant, les cataractes étaient d'un blanc grisâtre, parsemées de paillettes comme moirées ; le malade distinguait le jour d'avec la nuit, mais rien de plus. L'extraction fut pratiquée des deux côtés, et ne présenta rien de particulier, si ce n'est à droite une légère lésion de l'iris à sa partie externe.

Cet homme quitta l'hôpital sept semaines après l'opération, dans l'état suivant : les deux cornées étaient parfaitement nettes ; les pupilles très-noires, la droite échancrée en bas et en dehors, la gauche arrondie, de 2 lignes de diamètre à peu près, toutes deux paraissaient immobiles ; à peine le malade apercevait-il la lueur du jour, bien moins, disait-il, qu'avant l'opération.

Existait-il une affection des parties nerveuses de l'œil à l'époque où cet homme vint à la Charité, ou bien cette affection ne s'est-elle développée qu'après qu'il a été opéré? je ne saurais le dire ; l'histoire précédente montre qu'on ne peut s'en rapporter exclusivement ni au peu de mobilité, ni à l'irrégularité de la pupille, ni même à l'abolition presque complète de la faculté de voir la lumière, pour déclarer qu'une amaurose complique la cataracte. Chez le malade qui fait le sujet de cette dernière observation, il y eut, il est vrai, un peu de douleur aux yeux après l'opération, le droit surtout fut le siége de

quelques élancemens, la conjonctive rouge, il y eut de la douleur au front et aux dents de la mâchoire supérieure, mais tout cela seulement à droite; et, en admettant que ces symptômes puissent rendre compte de la perte de l'œil droit, qui ne présentait pourtant rien qui dénotât une inflammation interne, comment expliquer la perte du gauche, qui ressentit à peine quelques picotemens (1)?

---

(1) J'ai entendu M. le professeur *Roux* dire, à propos de ce malade et de celui de la seconde observation, qu'il avait vu quelquefois des individus, auxquels on avait pratiqué l'extraction, présenter, sans qu'il se fût développé aucun accident consécutif, l'état suivant:

L'œil semblait parfaitement sain, percevait la sensation de la lumière, mais ne distinguait nullement les objets.

Or, voici comment on peut, suivant lui, comprendre ce phénomène: nous ne voyons distinctement les images des corps qu'à cause de la convexité de la lentille cristalline, qui réunit les rayons au fond de l'œil: que l'on suppose une surface concave à la place de la surface convexe du cristallin, par exemple la dépression antérieure du corps vitré, les rayons lumineux seront, il est vrai, réfractés en passant de l'humeur aqueuse dans le corps vitré, et se rapprocheront de la normale élevée au point d'incidence; mais comme toutes ces perpendiculaires divergent elles-mêmes d'avant en arrière, les rayons lumineux divergeront aussi, et s'éparpilleront au lieu de donner des images distinctes.

Maintenant, si la vue se rétablit après le déplacement ou l'extraction du cristallin, c'est que le corps vitré vient bomber en avant et représenter plus ou moins exactement la lentille convexe qui n'existe plus. Mais que, par une raison quelconque, le corps vitré conserve dans certains cas, après l'opération de la cataracte, la forme concave antérieurement qui lui est propre, et il arrivera nécessairement ce qui vient d'être dit: il y aura sensation de la lumière sans formation d'images distinctes.

Cette explication est, comme on le voit, très-ingénieuse; mais elle demanderait à être prouvée directement par les faits. Or, on trouve dans un auteur assez ancien l'histoire d'une dissection fort bien faite, et qui tendrait à confirmer la moitié au moins de la théorie de M. le professeur *Roux*.

Il s'agit d'une pauvre femme sur laquelle Maître-Jan abaissa deux cataractes en l'année 1691. L'opération réussit des deux côtés; dix jours après, la malade

6° Une fille de cinquante ans portait deux cataractes. A gauche la vue avait baissé graduellement sans céphalalgie, et au bout de quatre ans la malade ne pouvait plus se conduire sans guide; l'œil droit s'était affaibli peu après, et était arrivé au même point en vingt-un mois.

La pupille gauche était un peu irrégulière, *immobile*, d'une ligne de diamètre environ; l'œil gauche distinguait bien le jour d'avec la nuit. A droite la pupille était très-régulière, bien mobile; l'œil droit voyait cependant un peu moins que le gauche, et du reste, mieux le soir qu'au milieu du jour. L'extraction fut pratiquée des deux côtés; aucune adhérenee n'existait à gauche, malgré l'étroitesse et l'irrégularité de la pupille.... Malheureusement les deux yeux furent détruits par la suppuration, en sorte qu'on ne peut dire si l'état de la pupille gauche coïncidait avec une lésion des fonctions de la rétine. Mais au moins il résulte de ce dernier cas et du 4ᵉ, que l'étroitesse, l'irrégularité et l'immobilité de la pupille peuvent exister sans la moindre adhérence de l'iris à la cristalloïde, puisque l'extraction du cristallin n'a offert aucune difficulté.

Pour terminer ce que j'ai à dire sur les symptômes, il me reste à

---

voyait assez bien *pour affiner du chanvre*. Un mois plus tard, elle mourut de pneumonie. La dissection des deux yeux fut faite quelques heures après la mort, et voici ce que dit l'auteur à propos du corps vitré : « J'eus le plaisir de voir à « travers la pupille que le cristallin n'était plus dans le lieu qu'il devait occuper, « qui est le milieu de la partie antérieure du corps vitré. Cet endroit du corps « vitré était élevé en *une bosse fort égale, qui imitait la surface antérieure « d'un cristallin*, hors qu'elle n'était pas déprimée; et lorsqu'avec un style je « l'enfonçais doucement, elle se relevait tout aussitôt que j'avais ôté le style, et « retournait en sa première figure. . . »

On ne peut rien de plus net que cette description. Reste maintenant à démontrer qu'il en est toujours ainsi quand l'opération est faite avec succès, et que, dans certains cas d'insuccès, ce changement de forme n'a pas lieu.

parler de l'*aspect de la pupille* elle-même, ou de la cataracte avant l'opération.

§ VIII. Toutes les cataractes n'ont point les mêmes apparences; rien au contraire n'est plus varié lorsqu'on les examine de très-près et avec soin. Les variétés portent sur la couleur de l'opacité, son aspect plus ou moins mat ou brillant, l'uniformité ou la non-uniformité de la teinte. Il est assez difficile de classer sous un petit nombre de chefs toutes ces apparences si diverses, cependant la chose est possible, en faisant la part d'un peu d'arbitraire qu'on ne peut éviter. Examinons ce sujet.

L'aspect de 117 cataractes a été décrit avec soin chez 65 malades. La cataracte de l'un des yeux avait une apparence sensiblement différente de celle de l'autre œil, chez les trois cinquièmes des sujets qui en portaient deux. On peut rapporter aux quatre nuances suivantes celles que présentaient ces cataractes :

1° *Gris.* J'entends par là toutes les teintes où le gris prédominait sans qu'il y eût de reflet bleuâtre. Cette couleur a été plus fréquente que toutes les autres; elle existait pour. . . . . 47 cataractes.

2° *Blanc.* Savoir : le blanc laiteux, opalin, un peu jaunâtre, nacré, etc., etc., mais sans reflet bleuâtre. . . . . 41 cataractes.

3° *Bleuâtre.* Cette classe renferme les teintes grises ou blanches, avec un reflet bleuâtre bien évident. . . . . 22 cataractes.

4° *Noirâtre.* Je n'entends pas parler de cataractes noires proprement dites, je n'en ai point rencontré, mais seulement de cataractes dont la nuance se rapprochait d'un gris ou d'un brun très-foncé. 5 catar.

Enfin, il faut ajouter à ces cas deux cataractes d'un aspect tout particulier, et que portait une femme de trente-cinq ans; le fond en

paraissait brunâtre, et au centre de chaque pupille existait une petite tache blanche, presque exactement carrée; c'était une opacité partielle de la cristalloïde antérieure ; il fallut des deux côtés l'enlever au moyen de petites pinces, après l'extraction du cristallin.

Outre la couleur, un autre point important à considérer est l'aspect uniforme ou plus ou moins tacheté de la cataracte. Cette dernière apparence n'est point rare, car, sur 26 des 65 sujets dont il a été question, elle existait, le plus souvent sur un seul œil, sept fois seulement des deux côtés.

Dans tous ces cas, on apercevait dans le champ de la pupille, ou de simples points plus mats que le reste, ou d'une teinte un peu différente, ou bien des taches mal limitées, comme nuageuses, ou bien des paillettes moirées ressemblant assez à des morceaux de nacre; tout cela tranchait d'une manière bien évidente sur le fond même de l'opacité du cristallin. Dans un cas, trois rayons gris excessivement déliés partaient du centre d'une cataracte d'un blanc nacré uniforme, et se rendaient vers la circonférence, divisant ainsi le cristallin en trois segmens; ce cas rentre, je crois, dans l'espèce de cataracte décrite par M. le professeur *J. Cloquet.*

Dès long-temps on a attaché une grande importance à la couleur et à l'aspect plus ou moins uniforme de la cataracte. *Maître-Jan* en parle fort au long à propos du prognostic; il donne la liste des couleurs bonnes et mauvaises, l'inégalité de teinte est pour lui un signe suspect.

Aujourd'hui, ce n'est plus guère sous ce rapport qu'on s'en occupe; mais des chirurgiens et des oculistes d'un grand nom paraissent croire qu'on peut reconnaître, d'après l'aspect, si une cataracte est capsulaire ou lenticulaire, molle ou dure. Suivant *Beer* et *Travers* (1),

---

(1) *S. Cooper*, Dict. of surgery.

dans la cataracte membraneuse, la couleur est toujours claire, *jamais uniforme*, mais d'apparence *tachetée* ou *bigarrée*. D'après *Beer*, la couleur des cataractes caséeuses n'est jamais uniforme; elles sont toujours plus ou moins maculées, les taches ressemblent à des fragmens de nacre. Il est vrai que *Travers* est, sur ce point, d'un avis tout opposé; il pense que la cataracte caséiforme est uniformément opaque.

Il serait en effet fort avantageux de connaître d'avance à quelle espèce de cataracte on aura affaire, et surtout de savoir si elle sera ou non membraneuse; car ce n'est pas sans augmenter les chances d'évacuation du corps vitré qu'on tente de retirer de l'œil une capsule opaque, lorsqu'on a pratiqué l'extraction. Malheureusement, et malgré l'autorité des hommes habiles que j'ai cités plus haut, le diagnostic est le plus souvent impossible, au moins en prenant pour base les caractères qu'ils indiquent; c'est ce que je me réserve de prouver amplement plus tard.

Mais, avant d'examiner cette question, il en est une autre fort importante qui doit trouver place ici, parce qu'elle se rattache intimement à la première.

Les cataractes capsulaires sont-elles fréquentes?

Plusieurs auteurs qui ont écrit sur les maladies des yeux n'ont pas même abordé ce sujet; d'autres n'ont pas hésité à dire *que la cataracte capsulaire antérieure n'est pas du tout rare* (*S. Cooper*). Suivant *Ténon*, *les faits et le raisonnement prouvent qu'il n'est pas rare de voir la cataracte dépendre de l'opacité des capsules.* Il est vrai qu'un peu plus bas il se contente de dire que la cataracte réside *quelquefois* dans la membrane qui enveloppe le cristallin.

M. le professeur *Dupuytren* va plus loin.

On peut lire dans le Répertoire général d'anat. et phys., tom. III, deuxième trimestre, un article fort intéressant sur les opérations de cataracte pratiquées à l'Hôtel-Dieu, article dans lequel l'auteur fait dire à M. *Dupuytren* que la cataracte membraneuse est à la cataracte ordinaire (c'est-à-dire cristalline) dans le rapport de 1 : 1 $\frac{1}{2}$; et cette

assertion a été reproduite dans les *leçons orales* de M. le professeur *Dupuytren.*

J'avoue que j'ai peine à croire qu'il ne se soit pas glissé ici quelque erreur d'impression ou de rédaction. En effet, en étudiant le tableau des 207 cataractés qui se sont présentés à l'Hôtel-Dieu, de 1815 à 1821, et sur lesquels 264 opérations ont été pratiquées (l'extraction ne l'ayant été que huit fois), on trouve ces mots, *cataracte membraneuse*, en regard de chacun des cas où apparemment cette espèce de cataracte avait été diagnostiquée. Or, combien de fois est-il question de cataracte membraneuse? Quinze fois seulement sur 264 ; ce qui donne le rapport 1 : 16 $\frac{3}{5}$, au lieu du rapport 1 : 1 $\frac{6}{2}$.

La différence est grande, comme on le voit !

Où est l'erreur? réside-t-elle dans l'omission d'un grand nombre de cataractes membraneuses qu'on n'aurait point indiquées dans le tableau dont je viens de parler? serait-elle au contraire dans le rapport 1 : 1 $\frac{1}{2}$ que l'auteur de l'article attribue à M. le professeur *Dupuytren?* Voilà la difficulté : je vais tâcher de la résoudre, en examinant une autre série de faits.

S'il est permis, dans bien des cas, de conserver des doutes sur la nature capsulaire ou lenticulaire d'une cataracte, lorsqu'elle est opérée par abaissement ou par broiement, il n'en est pas de même, au moins le plus souvent, quand on pratique l'extraction. C'est la vraie pierre de touche du diagnostic ; en effet, après l'ablation du cristallin et de ses accompagnemens, ou la pupille reste noire, ou elle reste d'un blanc plus ou moins opaque. Dans ce dernier cas, il ne peut y avoir de doute sur la non-transparence totale ou partielle de la cristalloïde antérieure ; car on est alors obligé de l'enlever soit au moyen de petites pinces, soit avec l'aiguille à cataracte.

Or, sur les 121 sujets opérés à la Charité, l'extraction a été pratiquée cent soixante-dix-neuf fois, et, sur ce nombre, *cinq fois seulement* la capsule cristalline était évidemment opaque, ce qui donne-

rait 1 : 34 $\frac{4}{5}$, au lieu de 1 : 1 $\frac{1}{2}$, pour le rapport des cataractes membraneuses aux cataractes cristallines.

J'ai dit *évidemment opaque ;* en effet, il est un certain nombre de cas dans lesquels la pupille ne resta pas très-nette après l'extraction du cristallin, soit que la curette n'ait pas été introduite pour enlever quelques débris de la cataracte, soit qu'en effet il y ait eu dans quelques-uns de ces cas une opacité commençante de la capsule, et que celle-ci n'ait pas été détachée. Ces cas sont au nombre de six ; bien entendu que je n'entends parler ici que de ceux dans lesquels l'opération ne réussit point ; car il est de toute évidence que je n'ai pas dû considérer comme *pouvant être* des cas de cataractes capsulaires ceux dans lesquels il resta dans le champ de la pupille aussitôt après l'opération, un léger trouble qui se dissipa ensuite complètement par l'absorption des débris de cataracte auxquels il était dû. Ainsi donc, même en admettant comme démontré, ce qui est fort loin de l'être, que les six cas dont je viens de parler fussent *tous* des cas de cataracte membraneuse, il y en aurait en totalité 11 sur 179, ce qui donnerait le rapport de 1 : 15 $\frac{3}{11}$, encore fort éloigné du rapport de 1 : 1 $\frac{1}{2}$.

Que conclure de là ? C'est qu'il est extrêmement probable que ce n'est que par une erreur de rédaction ou d'impression que l'on a fait dire à l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, dans l'article du Répert. que j'ai indiqué, puis ensuite dans ses leçons orales, que la cataracte membraneuse était à la cataracte cristalline dans le rapport de 1 : 1 $\frac{1}{2}$. Elle est évidemment beaucoup plus rare.

Il est à peine besoin maintenant de revenir sur le diagnostic des cataractes capsulaires : il suffit de se rappeler qu'il n'y en avait que cinq qui fussent évidemment de cette dernière espèce, tandis que dans 33 cas les cataractes offraient un aspect tacheté ou bigarré, pour voir combien peu l'on doit se fier à ce signe, qui, suivant *Beer* et *Travers*, est propre à les faire reconnaître.

Voici, du reste, quelle était, dans ces 5 cas, l'apparence de la cataracte avant l'opération :

1° Chez une fille de vingt-six ans, la pupille était d'un blanc très-

pur, *non tachetée ;* après l'extraction, la même teinte persista, la cristalloïde antérieure fut enlevée au moyen de l'aiguille, et aussitôt après, l'ouverture pupillaire devint parfaitement noire.

2° Chez un homme de soixante-cinq ans, la cataracte du côté gauche était d'un beau blanc brillant, avec des taches qui paraissaient plus blanches encore ; après l'extraction, il resta dans le champ de la pupille une pellicule demi-opaque, qui fut enlevée avec l'aiguille.

3° Chez un homme de soixante-six ans, les deux cataractes avaient une teinte bleuâtre uniforme, avec quelques stries noires très-fines, irrégulièrement placées sur leur circonférence, et paraissant dues à un dépôt de pigmentum ; après l'ablation du cristallin du côté droit, la pupille resta fort nette, à l'exception d'un petit point blanc qui persista à sa partie supérieure, et ne fut point enlevé; quarante jours après, le malade quitta l'hôpital; la pupille était nette, le même point blanc persistait comme le premier jour.

4° Le quatrième cas est celui de cette femme dont il a déjà été fait mention, et qui portait au centre de chaque pupille une petite tache blanche carrée, fort remarquable, située sur un fond brunâtre....

On voit que, sauf dans ce dernier cas, l'opacité de la capsule n'a point offert une apparence particulière et caractéristique.

ARTICLE IV.

Durée.

Avant de passer à ce qui concerne l'opération elle-même, il me reste à parler de la formation de la cataracte, sous le rapport du temps qui s'écoule entre le premier moment où le malade s'aperçoit de l'affaiblissement de sa vue, et celui où il cesse d'y voir assez pour se conduire. C'est un sujet de recherche assez difficile, ou plutôt assez long. En effet, il faut renoncer à obtenir, sur ce point, des renseignemens d'un bon nombre de malades, si peu soucieux de ce qui leur arrive, qu'ils ne peuvent fixer d'une manière un peu précise

l'époque à laquelle ils ont pour la première fois remarqué que leur vue baissait, quelquefois même celle où ils ont cessé de pouvoir se conduire. Mais il n'en est pas de même pour tous : plusieurs se rappellent fort bien toutes ces époques ; ils indiquent le mois, la circonstance dans laquelle ils ont fait ces premières remarques ; ils suivent avec anxiété les progrès de leur maladie, et précisent pour chaque œil en particulier le temps écoulé entre l'époque du début et celui où la faculté de voir a été abolie. C'est des résultats fournis par cette dernière classe de malades, malheureusement trop peu nombreux, qu'il va être question.

Chez 47 sujets, il a été possible de déterminer le temps écoulé depuis le début appréciable de la première cataracte jusqu'au moment où les malades ont cessé de pouvoir se conduire. Or, le terme moyen a été de cinq ans un mois quatre jours environ.

Mais en séparant ce qui a rapport aux hommes (qui sont au nombre de 25) de ce qui a trait aux femmes (qui sont au nombre de 22), la moyenne s'est trouvée être pour les premiers : quatre ans deux mois vingt-trois jours environ ; et pour les femmes, six ans un mois moins quelques jours.

Il est vrai que parmi ces dernières, il y en avait 2 dont la maladie avait marché avec tant de lenteur (quatorze et trente-un ans), et qui présentaient deux cas tellement exceptionnels, qu'à elles seules elles augmentaient de beaucoup le chiffre moyen. Cependant, même en faisant abstraction de ces deux femmes, la moyenne se maintient encore pour ce sexe à quatre ans cinq mois vingt jours environ, c'est-à-dire trois mois de plus que pour les hommes.

Voici comment étaient distribuées ces durées de maladies (1) :

---

(1) Il est une précaution à prendre lorsqu'on recherche des moyennes ; c'est d'indiquer quand il y a lieu, en combien de groupes principaux se rangent les objets sur lesquels on travaille. Sans cela, en effet, on risque d'obtenir non pas des résultats faux, car un résultat numérique est toujours vrai, absolument par-

Hommes.

2 hommes chez lesquels, depuis le début jusqu'à perte complète de la vue, il s'est écoulé moins d'un an.

16 . . . . . *id.* . . . . . de 1 à 5 ans.
7 . . . . . *id.* . . . . . de 5 à 10.

Femmes.

0 au-dessous de 1 an de durée.
13 . . . . . de 1 à 5 ans.
7 . . . . . de 5 à 10 ans.
2 . . . . . de 10 à 31 ans.

---

lant, si les données dont on est parti sont vraies, et si l'on n'a pas commis d'erreurs en opérant sur les nombres; mais des résultats qui ne représentent point tout ce que l'on veut savoir. Un exemple va faire comprendre ma pensée. Je suppose cette question très-générale : Déterminer l'âge moyen où se développent les affections cérébrales. S'il est vrai que c'est aux deux extrémités de la vie qu'on rencontre surtout ces maladies, on arriverait nécessairement, en rassemblant un certain nombre de cas, à avoir deux groupes, l'un d'enfans, l'autre de vieillards. Si maintenant on additionnait leurs différens âges et qu'on divisât la somme par le nombre des individus, on risquerait d'obtenir un chiffre moyen (30 ans, par exemple) fort exact assurément, mais qui n'apprendrait absolument rien, qui même, sous certains rapports, induirait en erreur, puisqu'il représenterait un âge où précisément l'on rencontre fort peu d'affections cérébrales, au lieu de représenter celui aux environs duquel il s'en développe le plus. On conçoit qu'il suffirait dans ce cas d'une explication de deux lignes, et de la recherche de deux moyennes au lieu d'une, pour obvier à cet inconvénient et obtenir précisément ce que l'on recherche. Aussi est-ce là une difficulté qui ne saurait constituer une objection contre l'excellence des chiffres; il ne s'agit que de les bien employer, comme du reste les meilleures choses en ce monde.

Voyons si la marche de la maladie a été également longue pour le premier et le second œil affecté.

Trente-six malades ont pu indiquer combien de temps avait mis à se perdre le premier œil atteint de cataracte. Le chiffre moyen qui exprime ce temps est : deux ans cinq mois dix jours environ. Mais en séparant ce qui concerne les 19 hommes et les 17 femmes, la moyenne devient : un an sept mois un quart pour les premiers, deux ans sept jours pour les secondes. (J'écarte encore de ce calcul les 2 femmes dont il a été question plus haut.) Voici comment ont été groupées ces diverses durées :

OEil perdu presque subitement.	1	sujet.
id. en quelques jours.	2	
id. entre trois mois et un an	17	
id. entre un an et cinq ans.	14	
id. entre huit et vingt-cinq ans.	2	

Voici les résultats analogues fournis par 45 malades sur la durée de la marche de la maladie pour le second œil affecté. Le chiffre moyen de cette durée est : un an huit mois et demi ; et en séparant ce qui concerne les hommes et les femmes, on a pour 24 hommes : un an quatre mois deux tiers, et pour les 21 femmes : deux ans quatorze jours.

En réunissant les deux sexes, on trouve que le deuxième œil a été perdu entre :

1 et 8 jours.	chez 2	sujets.
1 mois et 1 an.	23	
1 an et 5 ans.	17	
5 ans et 9 ans	3	

Ces chiffres sont trop peu élevés pour qu'on puisse rechercher l'influence que l'âge a pu avoir sur la marche plus ou moins rapide de

la cataracte, mais ils indiquent relativement au sexe une différence assez notable sur laquelle je reviendrai bientôt.

Il résulte de ces moyennes, que les deux yeux ne se perdent pas en général avec une égale vitesse, et que c'est surtout le premier affecté dont l'affaiblissement marche avec le plus de lenteur. Il n'en est pourtant pas toujours ainsi. En effet, sur 32 cataractés, il en est 2 dont les yeux ont mis un temps égal à se perdre entièrement; 21 chez lesquels ce temps a été plus long pour le premier œil affecté que pour le second; 9 chez lesquels l'inverse a eu lieu, et chez ces 30 derniers sujets, la différence a été telle d'un œil à l'autre, qu'elle est en moyenne de deux ans un mois douze jours environ.

On doit remarquer que la moyenne (cinq ans un mois quatre jours) qui indique la durée totale de la maladie jusqu'à maturité complète des deux cataractes, est supérieure à la somme des moyennes qui représentent le temps que chaque cataracte a mis à arriver à maturité; cette somme, en effet, ne serait que quatre ans deux mois environ. Cela vient de ce que chez un certain nombre d'individus il s'écoule un temps plus ou moins long entre le moment où la première cataracte est complète et celui où débute la seconde.

Voici ce qui a eu lieu chez 32 malades (18 hommes, 14 femmes) dont les cataractes n'ont point commencé en même temps.

Sur les 18 hommes, il s'en est trouvé 13 qui, ayant un œil déjà complètement cataracté, ont conservé le second œil parfaitement sain pendant un temps en général assez long. Ainsi, 2 seulement sur ces 13 l'ont conservé moins d'un an; les 11 autres l'ont conservé un, deux, quatre, cinq et même sept ans. Chez les 5 derniers, le second œil a été atteint avant la perte complète du premier.

Pour ce qui concerne les femmes, il en a été tout autrement. Sur les 14, 5 ont conservé leur second œil intact pendant quatre à six mois après la perte du premier; deux seulement l'ont conservé douze

et dix-huit mois. Chez les 7 autres, le second œil a été atteint avant la maturité de la première cataracte.

En résumé :

1° Abstraction faite du sexe, la durée moyenne de la maladie, en la comptant depuis le début appréciable jusqu'au moment où les malades ont cessé de pouvoir se conduire, a été de cinq ans un mois quatre jours environ.

2° Trente fois sur 32 cas la cataracte d'un côté a mis à arriver à maturité complète un temps différent de celui employé par l'autre cataracte pour arriver au même point, et vingt-une fois sur trente le premier œil atteint a été celui dont la maladie a marché le plus lentement.

3° La durée moyenne de la formation complète de la maladie a été, pour le premier œil atteint, deux ans cinq mois un tiers ; pour le second, un an huit mois et demi.

Eu égard au sexe :

4° La durée totale de la maladie a été plus longue pour les femmes que pour les hommes (1).

5° Cette durée plus longue se retrouve encore chez les femmes, en examinant la marche de chaque cataracte isolément.

6° Treize hommes sur dix-huit, et seulement sept femmes sur quatorze, ont conservé pendant un temps plus ou moins long le second œil parfaitement sain après la perte du premier ; et chez les hommes ce temps a été en général beaucoup plus long que chez les femmes. Nous verrons ces dernières conserver encore le désavantage à propos du prognostic.

Ces différens résultats me paraissent assez intéressans pour engager

---

(1) Ce résultat se trouve encore confirmé si l'on compare hommes à femmes 8 sujets chez lesquels les deux cataractes ont débuté en même temps. En effet, la durée moyenne de leur formation a été trois ans quatre mois et demi pour les 5 hommes, quatre ans un mois et demi pour les 3 femmes.

à de nouvelles recherches. Je suis loin de vouloir leur attacher plus de prix qu'ils n'en méritent ; je sais que les nombres sur lesquels ils reposent sont trop peu considérables pour qu'on puisse compter absolument sur leur valeur ; je ne me dissimule pas que malgré tout le soin que j'ai pu mettre à rechercher des renseignemens exacts, il est possible qu'il se soit glissé quelques erreurs de date, qui, peu importantes si les chiffres eussent été élevés, pourraient l'être à cause de la circonstance contraire ; mais je persiste à penser que ce sujet, faisant directement partie de l'histoire de la cataracte, et n'ayant été, à ma connaissance au moins, que peu étudié, mérite de l'être de nouveau et avec soin. C'est aux observations ultérieures à confirmer ou à infirmer ces premières données.

ARTICLE V.

Je passe à ce qui concerne l'opération, ses difficultés, ses accidens et ses suites.

Opération.

L'extraction est la méthode que préfère et qu'emploie presque constamment M. le professeur *Roux*. Je ne l'ai vu faire usage de l'aiguille que sur sept malades, dans des cas où il aurait été impossible ou fort difficile d'entamer sans danger la cornée, par exemple à cause de l'enfoncement extrême du globe de l'œil, de sa petitesse, de sa mobilité continuelle, etc., etc.

On conçoit bien qu'avec de pareils matériaux il ne faut pas même songer à aborder la question de savoir s'il y a une méthode d'opérer la cataracte préférable à une autre, et laquelle jouit de cette prérogative. Ce n'est pas assurément que cette question fût oiseuse, ou qu'elle soit suffisamment éclairée par les *assertions* contradictoires des auteurs ; mais elle est, je crois, d'une difficulté extrême, peut-être même insurmontable, si du moins l'on veut comparer la valeur des méthodes elles-mêmes, employées dans des circonstances analogues,

et avec toute la perfection dont elles sont susceptibles, plutôt que le talent des opérateurs. En effet, ce n'est pas ici chose de mince importance que la manière dont s'exécute l'opération ; et de ce que tel chirurgien obtient de plus nombreux succès en abaissant ou en broyant la cataracte que tel autre ou lui-même en pratiquant l'extraction, il ne s'ensuit point, on le conçoit, que la différence tienne nécessairement à la supériorité de la première méthode sur la seconde. Que faudrait-il pour résoudre cette question? Connaître entre tous les chirurgiens celui qui obtient les succès les plus nombreux et les plus complets au moyen de l'extraction, et comparer ses résultats avec ceux que fournit l'abaissement pratiqué de la manière la plus heureuse. Que de difficultés !

Ce n'est, comme je l'ai dit, qu'au printemps et en automne qu'on admet et qu'on opère à la Charité les sujets affectés de cataracte.

Depuis le moment de leur entrée, ils sont, pour toute préparation, soumis à l'usage du petit-lait et des bains de pieds sinapisés, il est fort rare qu'on ait recours aux émissions sanguines. Le matin même de l'opération on leur applique un vésicatoire à la nuque, et il est entretenu en suppuration jusqu'à leur sortie. Jamais, ou presque jamais, M. le professeur *Roux* ne fait usage d'aucun moyen propre à obtenir la dilatation de la pupille.

L'opération est toujours pratiquée à l'amphithéâtre, et, s'il y a lieu à une double opération, elle l'est sur les deux yeux le même jour. Le malade est assis en face de la fenêtre, sur une chaise un peu plus basse que celle du chirurgien. Un de ses yeux est maintenu fermé au moyen d'une compresse ; sa tête est appuyée contre la poitrine d'un aide, qui soulève avec le doigt indicateur le bord libre de la paupière supérieure, de manière que la pulpe de ce doigt touche et même comprime légèrement le globe de l'œil vers sa partie interne. L'opérateur abaisse de son côté la paupière inférieure ; il porte aussi la pulpe de l'indicateur contre la partie interne du globe de l'œil dont les mouvemens en dedans sont ainsi empêchés, du moins en partie. Tenant de l'autre main le couteau triangulaire de *Richter*, il

en porte la pointe sous un angle assez ouvert sur le bord de la cornée transparente, et à peu de distance de son union à la sclérotique. C'est toujours bien au-dessus de l'extrémité externe du diamètre transversal de l'œil que M. le professeur *Roux* pratique cette ponction, mais la hauteur varie; lorsque l'œil est favorablement disposé pour cela, elle est telle que l'incision est autant externe qu'inférieure, de manière que sous ce rapport le précepte de *Wenzel* est exactement suivi.

La cornée une fois traversée, la lame de l'instrument est poussée parallèlement à l'iris, jusqu'à ce que la pointe aille ressortir en un point à peu près diamétralement opposé à celui par lequel elle est entrée. Cependant cette seconde ponction est presque toujours située de telle sorte que lorsque la section est achevée elle comprend un peu plus de la demi-circonférence de la cornée ; dire que ce soient les sept douzièmes plutôt que les neuf seizièmes, je ne le puis, et comme la différence entre ces deux fractions n'est que d'un quarante-huitième, il y a, je crois, grande chance pour que les préceptes donnés à ce sujet par les différens auteurs ne soient jamais exactement suivis. Du reste, aussitôt que la pointe du couteau est ressortie vers l'angle interne de l'œil, les doigts de l'aide et ceux de l'opérateur cessent d'exercer la moindre compression sur cet organe, et la section s'achève en continuant de pousser la lame parallèlement à l'iris, et dans la même direction, mais sans jamais presser directement de haut en bas (1).

Cette manière de faire agir le couteau pour achever l'incision, est si importante, si l'on veut obtenir un lambeau bien régulier, que M. le professeur *Roux* l'emploie constamment, au risque de piquer soit la peau, soit la conjonctive de l'angle interne des paupières,

---

(1) Un auteur anglais, M. *Wathen*, donne le conseil, assez mauvais je crois, d'achever la section de la cornée, en pressant de haut en bas sur le couteau.

accident qui arrive assez fréquemment, et sur lequel je reviendrai plus tard.

Ce premier temps de l'opération achevé, on laisse reposer l'œil quelques momens ; puis l'aide soulève de nouveau la paupière supérieure avec la précaution de ne comprimer nullement le globe oculaire. L'opérateur, armé d'un kystotome à dos mousse et convexe, à tranchant concave, soulève le lambeau de la cornée avec le dos de l'instrument, en fait pénétrer avec précaution la pointe dans la chambre postérieure, et, ayant soin de ne pas l'enfoncer assez profondément pour atteindre les cellules du corps vitré, il perce d'un seul coup la double membrane qui recouvre la face antérieure du cristallin, en y pratiquant une incision qui représente en petit celle de la cornée ; puis il retire l'instrument, applique horizontalement la petite curette qui est à l'autre bout du manche, sur la peau de la paupière supérieure, très-près des cils, et ouvre lentement l'œil en le comprimant légèrement vers sa partie supérieure. Cette manœuvre fait faire au cristallin un demi-mouvement de bascule qui porte en arrière sa partie supérieure, et en avant l'inférieure ; celle-ci s'engage dans l'ouverture de la cristalloïde, traverse la pupille en entraînant quelquefois un peu en avant le bord inférieur de l'iris, soulève le lambeau de la cornée, et traverse lentement l'incision de cette membrane ; à mesure que la cataracte avance, le chirurgien diminue la pression qu'il exerçait sur le globe de l'œil, de manière qu'au moment où le diamètre transverse de la lentille est en rapport avec les deux angles de l'incision de la cornée, il se borne presque à soutenir la paupière, et laisse se terminer spontanément cette espèce d'accouchement. Toutes ces précautions minutieuses, celle surtout de terminer avec lenteur les différens temps de l'opération, entre autres la section de la cornée et l'extraction du cristallin, sont d'une importance majeure si l'on veut éviter un accident grave, l'issue d'une portion plus ou moins considérable du corps vitré.

Immédiatement après l'opération, les yeux sont recouverts d'une large compresse de toile blanche, puis d'un bandeau de soie noire, le

tout assujetti par des épingles derrière le bonnet. On ne touche à cet appareil que le cinquième jour; mais depuis cette époque les malades se bassinent les yeux plusieurs fois par jour avec de l'eau fraîche ou tiède, blanchie par quelques gouttes d'acétate de plomb. Le premier jour ils sont soumis à une diète absolue; du deuxième au cinquième on leur accorde du bouillon, puis des potages, et enfin la demie ou les trois quarts de portion.

Comme il n'y a pas à la Charité de salle spécialement destinée aux maladies des yeux, on est obligé d'entourer de toutes parts d'un drap épais les lits des opérés, afin de les préserver du grand jour : on ne saurait croire combien, lorsqu'il fait chaud, est fatigante pour les malades cette espèce d'emprisonnement qui empêche la circulation de l'air; il n'est pas impossible que cette circonstance entre pour quelque chose dans les causes qui font échouer l'opération. Je dois dire encore que, pour regagner leur lit, les femmes sont obligées de monter un escalier qui communique avec l'air extérieur par une porte toujours ouverte.

Difficultés et accidens de l'opération.

Mais l'opération ne se termine pas toujours aussi simplement que je l'ai indiqué : quelques *difficultés* viennent de temps en temps en allonger la durée, quelques *accidens* la compliquent. Je vais parler des unes et des autres.

1° La mobilité du globe de l'œil, le peu d'empire que certains malades paraissent avoir sur les muscles de cet organe, rendent quelquefois assez difficile la ponction de la cornée. Plusieurs ne savent point regarder du côté qu'on leur désigne, ou, s'ils y dirigent l'œil, ce n'est que pour un instant, il leur est tout à fait impossible de le tenir immobile quelques secondes. Cette première difficulté est vaincue, la pointe du couteau a enfin pu traverser la cornée : souvent alors l'œil qui était le plus mobile cesse de se mouvoir, et la section s'achève avec la plus grande facilité. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et quelques malades, aussitôt que la pointe du couteau a pénétré, tournent

avec force en dedans le globe de l'œil, de manière qu'il faut la plus grande adresse pour suivre ce mouvement, et achever la section sans cesser de tenir l'instrument dans une direction convenable.

2° Une autre difficulté se présente bien plus fréquemment, et allonge souvent la durée de l'opération : c'est celle qui tient à l'incision de la cristalloïde. L'immobilité de l'œil est ici plus nécessaire encore que pour la section de la cornée, car il s'agit de faire passer à travers la pupille, toujours fort étroite, un instrument à la fois piquant et tranchant, et d'aller ouvrir la cristalloïde sans blesser ni l'iris, ni le corps vitré : or, pendant tout ce temps il n'y a absolument rien qui maintienne le globe de l'œil, puisque la moindre pression pourrait être funeste ; aussi faut-il quelquefois y revenir à cinq ou six reprises, avant d'obtenir du malade deux secondes d'immobilité dans une position telle que la pupille ne soit pas entièrement cachée sous les paupières.

On ne saurait croire jusqu'à quel point de pareilles difficultés sont faites pour embarrasser un chirurgien qui n'aurait pas une extrême habitude de ces opérations délicates ; mais enfin ce ne sont là que des difficultés, et si on les surmonte heureusement elles ne peuvent influer en rien sur le résultat de l'opération ; d'ailleurs il serait possible de les éviter presque toujours en s'y prenant quelques jours d'avance pour habituer l'œil à rester immobile.

Quant aux accidens, voici ceux que j'ai vus survenir :

1° Une seule fois la section de la cornée n'a pas été assez large pour laisser passer le cristallin, il a fallu l'agrandir avec des ciseaux.

2° Il est arrivé dans quelques cas que l'opération n'a point été achevée, tantôt parce qu'après l'introduction du couteau dans l'œil un mouvement brusque du malade l'en a fait sortir ; tantôt, au contraire, parce qu'une cause analogue a fait pénétrer la pointe de l'instrument à travers l'iris ou la pupille dans la chambre postérieure, et qu'en le retirant l'évacuation de l'humeur aqueuse est venue mettre obstacle à l'achèvement de l'incision ; tantôt enfin, après la section de la cornée et l'ouverture de la cristalloïde, les pressions destinées à faire sortir le cristallin ont déterminé l'issue d'une quantité plus ou

moins considérable de corps vitré, et la cataracte est restée en place.

3° Assez fréquemment la peau qui recouvre le sac lacrymal ou bien la conjonctive du grand angle de l'œil sont piquées au moment où s'achève la section de la cornée.

4° L'iris a été blessé un certain nombre de fois, son bord pupillaire incisé lors de l'entrée du couteau ou au moment de sa sortie de l'œil; quelquefois aussi cette membrane vient s'appliquer contre la lame de l'instrument et déborder le tranchant ; si alors on ne parvient pas à exciter ses contractions par de légères frictions sur la cornée, et que l'on continue à pousser le couteau, il arrive nécessairement qu'elle est coupée à sa partie inférieure.

5° Enfin, soit que la pression du globe de l'œil ait été trop forte ou trop long-temps continuée, soit que les cellules du corps vitré aient été atteintes pendant l'incision de la cristalloïde, ou que les muscles se soient contractés spasmodiquement après celle de la cornée, toujours est-il que l'on voit quelquefois une portion du corps vitré sortir de l'œil, avant, mais surtout après le cristallin.

L'influence de ces divers accidens sur le résultat définitif de l'opération sera examinée à propos du prognostic.

ARTICLE VI.

Suites de l'opération.

Outre les accidens qui arrivent pendant l'opération, il en est d'autres qui surviennent plus tard et détruisent trop souvent tout espoir de succès. Les uns sont locaux, ont une liaison évidente avec l'organe affecté; d'autres doivent être considérés comme des affections intercurrentes qui se développent pendant le temps employé à la cicatrisation complète de la plaie de la cornée, et ne paraissent pas avoir de rapports nécessaires avec l'opération.

Voyons d'abord si les malades chez lesquels l'opération réussit (1) n'éprouvent aucune espèce d'accident pendant le temps employé à la cicatrisation de la plaie; s'ils en éprouvent, quels sont-ils? et jusqu'à quelles limites peuvent-ils être portés sans danger?

1° *Cas de succès.*

Parmi les malades qui ont subi l'extraction des deux côtés, il en est 25 chez lesquels cette double opération a réussi; parmi ceux qui n'ont été opérés que d'un côté, 26 l'ont été avec succès (2).

---

(1) J'ai considéré comme ayant réussi, non seulement les opérations à la suite desquelles la pupille est parfaitement nette, régulière, mobile, la cornée parfaitement transparente dans toute son étendue, et la faculté de la vision si bien rétablie que les malades peuvent distinguer les plus petits objets; mais encore celles après lesquelles la vue, sans être aussi parfaite, est assez bonne pour être d'une grande utilité aux malades, pour leur permettre de se conduire facilement eux-mêmes, et de bien reconnaître les objets usuels dont ils sont appelés à se servir. Dans ces cas, la pupille peut être plus ou moins irrégulière, l'iris venir adhérer par quelques points à la cicatrice de la cornée, ou même faire légèrement hernie à travers les lèvres de la plaie; les bords de l'incision peuvent être opaques dans une petite étendue, etc. Dans tous ces cas, je le répète, pourvu qu'il reste un espace suffisant et bien net pour laisser pénétrer les rayons lumineux au fond de l'œil, la faculté de voir peut s'exercer d'une manière très-utile : ce sont les cas de *succès.*

Les cas de *demi-succès* sont ceux dans lesquels la vue est rétablie d'une manière trop imparfaite pour que les malades puissent aisément se conduire; ceux encore, en petit nombre, dans lesquels ils ont quitté l'hôpital avant que la guérison fût assurée. Enfin, les cas d'*insuccès* sont ceux dans lesquels ces faibles avantages n'ont pas même été obtenus

(2) Parmi les cas de double succès, est compté un homme dont il a été parlé page 43, *cinquième cas* ; bien qu'il n'ait pas recouvré la vue, les deux cornées et les deux pupilles étaient parfaitement nettes, rien ne s'opposait au passage de la lumière. Il en est de même d'une femme qui mourut le onzième jour d'une maladie tout à fait étrangère à l'opération.

Or, sur ces 51 malades, il n'en est que 5 qui, à aucune époque après l'opération, n'aient éprouvé de douleur ni aux yeux, ni à la tête. Chez tous les autres, il en a été différemment. On peut les classer ainsi :

1° Les uns ont ressenti, ou bien seulement pendant quelques heures, ou plus souvent pendant les douze, vingt-quatre et quelquefois trente-six premières heures qui ont suivi l'opération, une sensation de cuisson, de picotemens, de douleurs plus ou moins vives aux yeux, sans céphalalgie; lorsque ces douleurs étaient fortes au commencement, elles diminuaient assez promptement, et, passé le premier ou le second jour au plus tard, elles cessaient sans retour. Il en a été ainsi chez la quatrième partie des opérés environ (13 malades).

2° D'autres ont pendant le même temps ressenti les mêmes douleurs, mais jointes à une céphalalgie plus ou moins vive, en général bornée au front du côté de l'œil opéré, quelquefois à la tempe. Cela a eu lieu chez plus de la troisième partie des opérés (18 malades).

3° D'autres encore, après avoir éprouvé, pendant le même temps à peu près, les accidens dont je viens de parler, ont cessé de souffrir pendant deux, quatre, huit, vingt jours même; puis les douleurs ont reparu soit à la tête, soit aux yeux, avec une intensité variable, pour durer un ou plusieurs jours, et sans produire d'effet fâcheux sur l'état de la vue (11 malades).

4° Un petit nombre enfin a conservé, pendant plusieurs jours après l'opération, des douleurs aux yeux, avec ou sans céphalalgie; mais ces douleurs ont été en général peu intenses.

Parmi les cas de succès d'un seul côté, est classé un homme qui mourut le cinquième jour, et dont il sera parlé plus bas; il n'y avait pas trace d'inflammation à l'œil. Un second malade, qui était évidemment amaurotique; à sa sortie de l'hôpital, on ne se serait pas douté qu'il eût subi une opération, tant la cornée était nette, la pupille noire et régulière; mais la vue n'existait point. Enfin un troisième, dont il est parlé page 40, *deuxième cas.*

Quelques autres accidens encore ont eu lieu, mais plus rarement : je veux parler des *douleurs de dents*. Ces douleurs, que l'on rencontre quelquefois après l'opération de la cataracte par extraction, se font ressentir dans les alvéoles des dents de la mâchoire supérieure, du côté de l'œil opéré ; elles sont en général d'un mauvais augure, et ne paraissent pas tenir nécessairement à l'existence de dents cariées ; on les rencontre lorsque les dents sont parfaitement saines, et dans des cas aussi où il n'en existe plus, là où le malade rapporte la douleur ; du reste, leur coïncidence encore assez fréquente avec des douleurs au front, à la tempe, quelquefois à la pommette, et même au lobe du nez du côté de l'œil malade, fait assez voir qu'elles suivent les rameaux de la cinquième paire. L'issue de l'opération n'est pourtant pas nécessairement fâcheuse quand ces douleurs existent, car elles se sont montrées chez 5 des 51 opérés dont je parle actuellement.

Le cas le plus remarquable en ce genre est relatif à une femme de cinquante-trois ans, qui à cinquante ans avait déjà été opérée de l'œil gauche sans aucun succès. Chez elle, l'extraction de la cataracte du côté droit fut très-laborieuse, la cristalloïde difficile à ouvrir à cause des mouvemens continuels du globe oculaire, et l'iris probablement blessé, car il s'écoula un peu de sang de l'intérieur de l'œil. L'issue du cristallin fut suivie de celle d'une quantité de corps vitré équivalente en volume à un gros pois. Pendant les vingt-quatre premières heures, il y eut une douleur assez vive au sourcil, à la joue et aux dents supérieures du côté droit, mais ni céphalalgie ni douleur à l'œil lui-même. Les vingt-quatre heures suivantes, presque pas de douleur. Le matin du troisième jour, un érysipèle se déclare sans symptômes précurseurs à la joue *gauche ;* la joue, le côté gauche du nez sont rouges, tuméfiés, chauds, douloureux à la pression, durs au toucher ; la peau est sèche, brûlante, la soif vive pendant vingt-quatre heures. Le matin du quatrième jour, l'érysipèle n'a pas sensiblement changé ; le lendemain, quarante-huit heures après le début, il est presque entièrement dissipé, il ne reste qu'un peu de dureté de la peau sur l'aile du nez ; le côté droit de la face est intact ; point

de mouvement fébrile. Le jour du début de l'érysipèle, une assez vive céphalalgie, bornée au côté droit du front, s'était déclarée, accompagnée de picotemens fort douloureux à l'œil; tout cela cessa en même temps que l'affection cutanée, mais la douleur de l'œil reparut un jour après, et persista seule pendant quatre ou cinq jours. Après cela, la malade fut assez bien pendant dix à douze jours; son œil seulement était très-sensible à la lumière; puis un frisson se déclare, il est suivi de chaleur et de sueur; en même temps une vive céphalalgie reparaît : elle est bornée au côté droit du front, et s'accompagne d'élancemens fort douloureux dans l'œil, sur la joue et le côté droit du nez, dont l'aspect ne présente pourtant rien d'anormal. Dès le lendemain, le mouvement fébrile avait cessé; mais jusqu'à sa sortie, qui eut lieu dix jours plus tard, la malade ressentit fréquemment les mêmes douleurs à l'œil, à la tempe, au sourcil, à la joue et au nez, du côté droit. Pendant tout ce temps, il n'y eut presque aucune rougeur à la conjonctive; la cornée resta nette, la pupille était oblongue, mais très-noire. Cette femme distinguait parfaitement une épingle; l'iris descendait vers la cicatrice et soulevait légèrement le lambeau de la cornée, sans faire saillie à l'extérieur.

Outre les accidens locaux dont je viens de parler, quelques malades en ont éprouvé d'autres d'une nature différente.

Ainsi quatre d'entre eux ont offert des symptômes du côté des voies digestives :

1° L'un d'eux, âgé de soixante-quatre ans, jouissant d'une bonne santé, après avoir beaucoup souffert des yeux et de la tête le jour de l'opération, fut pris le soir même de vomissemens abondans, après lesquels il se trouva soulagé et passa une nuit tranquille. Dès-lors il n'éprouva plus le moindre malaise.

2° Chez les trois autres il n'y eut point ou presque point de douleur pendant huit, dix et vingt jours. Au dixième jour, l'un fut pris de coliques et de dévoiement; cet état dura quarante-huit heures et n'eut aucune influence sur les yeux.

Le second éprouva le huitième jour un frisson violent, qui dura trois

heures, et ne fut pas suivi de sueur. Après ce frisson il y eut deux vomissemens et un dévoiement abondant (au moins vingt selles pendant la nuit) sans coliques, mais avec une soif vive. Le lendemain, la peau était de température naturelle, le pouls à 80, la langue blanche, peu humide. On donna de l'eau de riz gommée. Ce dévoiement continua pendant trois jours ; les selles étaient fort nombreuses ; il y avait des épreintes, pas de cuisson à l'anus, aucune douleur de ventre ; je ne pus savoir s'il y avait du sang dans les matières rendues. Du reste, point de mouvement fébrile, pas la moindre douleur aux yeux ou à la tête, ni alors, ni plus tard. Au bout de trois jours le dévoiement cessa.

Chez le troisième malade, les symptômes, qui survinrent le vingtième jour, furent à peu près les mêmes que ceux que je viens de décrire ; il fut pris d'une dysenterie très-forte; selles sanguinolentes tous les quarts d'heure; beaucoup de ténesme, vives coliques, accablement : cet état dura trois ou quatre jours et céda à l'administration de quelques lavemens laudanisés. Les yeux n'éprouvèrent pas le moindre accident.

Chez les quatre autres malades il y eut un léger mouvement fébrile sans cause appréciable.

Il se borna chez un homme et une femme à un peu de chaleur et d sueur pendant les trois premières nuits, sans produire aucun effet sur les yeux.

Une autre femme ressentit du malaise, eut la peau chaude, le pouls fréquent, seulement le troisième jour après l'opération ; cet état ne dura que deux jours; il n'y eut aucune douleur aux yeux, seulement un peu de pesanteur de tête.

Chez une quatrième, le mouvement fébrile n'eut lieu que quatre jours après l'opération; elle l'attribua à une fenêtre ouverte à côté de son lit ; elle eut de la chaleur à la peau, du malaise, une soif vive, de la céphalalgie et de la douleur aux yeux toute une nuit. Deux jours plus tard, les mêmes accidens reparurent encore pendant une nuit, accompagnés de nausées sans vomissemens ; le jour suivant, la malade était

bien, mais le soir le même état reparut, pour quelques heures seulement et pour la dernière fois.

Un homme de quarante-six ans fut pris, sept ou huit jours après l'opération, d'une éruption de très-petits points rouges qui couvraient les bras et la poitrine; elle dura quatre ou cinq jours sans paraître exercer la moindre influence sur l'état des yeux, qui déjà à son début étaient un peu rouges, douloureux, et sensibles à la lumière. D'ailleurs ce malade sortit avec deux hernies de l'iris, ayant les pupilles irrégulières, mais très-noires, et voyant assez distinctement.

Enfin un dernier malade était un homme de cinquante-cinq ans, qui fut pris d'accidens rapidement mortels. Le jour même de l'opération il ne sentit que quelques élancemens à l'œil opéré, et une fort légère douleur au front. La première nuit fut tranquille, malgré des sueurs abondantes; le lendemain nulle douleur; langue naturelle, pouls à 72. Le troisième jour au matin, cet homme était attaché dans son lit; il avait déliré toute la nuit, était même tombé sur le carreau; à la visite il était redevenu calme, et raisonnait bien; il ne souffrait ni aux yeux ni à la tête, mais il accusait du malaise et une soif vive; sa peau était chaude, couverte de sueur, le pouls à 88, plein, régulier; la langue naturelle. Le soir, le délire recommença; toute la nuit le malade parla, fit des efforts pour se lever. Le quatrième jour au matin, il avait de nouveau sa raison; la peau était chaude, humide, le pouls à 100, la respiration à 40; la face pâle, la langue sèche, rouge, fendillée; le ventre un peu développé, mou, sensible à la pression. (Une saignée.) La nuit suivante fut assez calme; le cinquième jour au matin, il y avait une expression d'angoisse extrême; la parole haletante, pas de déraison; la face pâle, le pouls à 120, petit, mou, la peau chaude, la respiration à 48; l'auscultation, pratiquée seulement en avant, faisait entendre un gros râle humide, mêlé de ronflement; il n'y avait pas à la percussion de différence évidente entre les deux côtés : le malade expectorait quelques crachats blancs aérés, purement muqueux. Il mourut le soir à six heures. Je ne pus assister à l'autopsie; je sus que l'œil opéré

n'offrait pas la moindre rougeur ni altération quelconque : on ne trouva, au moins à ce qui me fut rapporté, pour toute lésion qu'une quantité assez notable de sérosité dans la grande cavité de l'arachnoïde.

Il convient encore de rapporter ici le cas d'une femme de cinquante ans, naturellement faible et très-maigre, qui fut opérée des deux yeux, et sur laquelle je n'eus malheureusement que peu de renseignemens. Cette femme disait éprouver depuis environ deux ans un sentiment de chaleur continuel aux environs de l'estomac; elle buvait beaucoup et était sans cesse tourmentée du besoin de manger; du reste, jamais de vomissemens, de dévoiement ni de toux. Le jour même de l'opération, elle ressentit quelques picotemens aux yeux et un peu de céphalalgie; sa nuit fut bonne. Le lendemain, les yeux étaient indolens, il ne restait qu'une fort légère céphalalgie; la langue était naturelle, le pouls à 76. Pendant les neuf jours qui suivirent, pas la moindre souffrance, nulle rougeur aux yeux, vue bonne, à distinguer immédiatement les aiguilles d'une montre. Le dixième jour, je la fis mettre sur son séant pour examiner les yeux : elle ne ressentait aucune douleur; seulement elle était assez faible, et eut de la peine à s'asseoir. Il ne se passa rien de particulier pendant la journée, elle ne proféra pas une plainte. Le lendemain on la trouva morte dans son lit. L'autopsie fut faite le 29 mai 1833, trente heures environ après la mort.

Les deux yeux n'offraient pas la moindre rougeur; les deux cicatrices de la cornée étaient à peine visibles, les pupilles parfaitement noires; je ne songeai pas à examiner si le corps vitré faisait saillie à la place du cristallin (1).

---

(1) La dure-mère n'offrait rien de particulier; la grande cavité de l'aachnoïde était humide, mais sans épanchement; la pie-mère médiocrement injectée; il y avait une infiltration sous-arachnoïdienne assez considérable. Les ventricules latéraux contenaient une once environ de sérosité claire; les parties blanches centrales,

2° *Cas d'insuccès.*

Que si l'on examine maintenant quels ont été les symptômes éprouvés par les malades chez lesquels l'opération n'a pas eu de succès, soit

---

c'est-à-dire la voûte à trois piliers et le septum, étaient fort ramollies, et se détachaient par lambeaux dès qu'on les touchait; la superficie des couches optiques et des corps striés était manifestement plus molle que dans l'état normal; partout ailleurs dans les centres nerveux encéphaliques, les deux substances, grise et blanche, avaient la teinte et la consistance naturelles.

Les cavités droites du cœur, de grandeur ordinaire, contenaient des caillots jaunes, demi-transparens, comme gélatineux; les divers orifices ne présentaient aucun rétrécissement. Les parois du ventricule droit avaient une demi-ligne d'épaisseur; celles du gauche, de quatre à cinq lignes.

Les deux poumons étaient sans adhérences, d'un gris fauve, mous, spongieux, légers, crépitans dans toute leur étendue, sans apparence de tubercules; les bronches pâles.

L'abdomen sans épanchement. L'estomac, assez volumineux, contenait une quantité notable de débris de fruits crus et d'écorces d'oranges. La muqueuse était assez mamelonnée dans le cul-de-sac et le long de la grande courbure; sa teinte variait du gris au rose pâle, et en quelques points au rose vif; mais partout son épaisseur était naturelle, on pouvait en enlever des lambeaux de 3 à 4 lignes dans le grand cul-de-sac, de 6 à 8 le long de la grande courbure et sur les deux faces, de plus d'un pouce le long de la petite courbure.

L'intestin grêle contenait des matières muqueuses jaunes en haut, stercorales et molles en bas. Sa teinte à l'intérieur était partout d'un gris rosé, sauf en haut, où elle était jaunâtre; un grand nombre d'arborisations veineuses, peu fines, existaient sous la muqueuse, qui était fort mince, et donnait par traction des lambeaux de 6 lignes au moins; les glandes mésentériques étaient peu apparentes : le gros intestin ne fut pas examiné.

Le foie, d'un brun foncé, contenant beaucoup de sang, avait d'ailleurs son volume et sa consistance normale.

Le rein droit, de deux pouces au moins plus long que le gauche, le surpassait environ d'un tiers en volume; il conservait sa forme ordinaire. On apercevait par transparence, à travers sa tunique fibreuse, qu'ils soulevaient un peu, des

que les deux yeux opérés aient été perdus, soit que l'un ait été perdu et l'autre sauvé, soit enfin que l'extraction n'ayant été pratiquée que d'un côté, l'ait été sans succès, voici les résultats auxquels on arrive :

Sur 61 cataractés qui se sont trouvés dans les circonstances qui

---

points d'un blanc jaunâtre, réunis par groupes sur toute la surface de l'organe. Cette tunique étant enlevée, la superficie du rein paraissait comme chagrinée par cette multitude de points jaunes, qui ressemblaient exactement, pour l'apparence, à des tubercules miliaires rassemblés en un grand nombre de petits groupes. L'organe fut partagé suivant sa longueur en deux moitiés égales; le même aspect existait sur la coupe, mais les points jaunes, qui étaient du volume d'une tête d'épingle, n'occupaient que la substance corticale et nullement celle des tubes; cette dernière paraissait être à l'état normal. En laissant tomber de l'eau sur cette coupe et pressant légèrement entre les doigts, il fut aisé de se convaincre que ces points n'étaient que de petits foyers purulens, car le liquide comme crêmeux qui les constituait s'écoula complètement pendant l'emploi de ce moyen, et laissa une multitude de petites cavités ayant exactement la forme et la grandeur des points jaunes. L'uretère de ce côté n'offrait rien de particulier; la vessie contenait de l'urine un peu floconneuse; sa muqueuse était pâle, mince; la matrice était à l'état normal.

Cette autopsie m'a paru assez intéressante pour être rapportée avec quelques détails, quoiqu'elle paraisse ne tenir qu'indirectement à l'histoire de la cataracte. L'absence de lésions bien appréciables dans l'abdomen, autres que celles du rein, tendrait à faire croire que c'est à cette dernière lésion qu'il faut rapporter les symptômes que la malade disait éprouver depuis deux ans dans le voisinage de l'estomac, et probablement la maigreur extrême qu'elle présentait. Il est fort à regretter qu'elle n'ait pas été interrogée à ce sujet d'une manière plus précise. Une inflammation de la substance corticale du rein, se terminant par la formation d'une multitude de petits foyers purulens, est, je crois, une maladie peu commune.

Quant à la cause prochaine de la mort, l'extrême faiblesse de cette femme la veille du jour où elle expira peut faire penser que le ramollissement des parties centrales était en effet une lésion pathologique, et non un ramollissement cadavérique. Cependant il faut ne pas oublier que trente heures environ s'étaient écoulées depuis la mort, que le temps était chaud, et qu'il y avait un peu de sérosité dans les ventricules.

viennent d'être indiquées ; 14 ont présenté, à une époque et pendant un temps variable après l'opération, un mouvement fébrile assez marqué, surtout la nuit. Onze ont ressenti ces douleurs de dents dont il a été parlé plus haut, toujours du côté de l'œil le plus malade ; chez 4 de ces 11 sujets les dents étaient saines, chez un cinquième, la douleur siégeait dans les gencives, il ne restait pas une seule dent du côté affecté ; chez 3 autres, les dents souffrantes étaient cariées. Chez 2 malades il est survenu des vomissemens ; chez un 3e seulement, des nausées. Quelques-uns ont eu un peu de dévoiement.

Une femme fort âgée, dont il sera question plus bas, fut prise d'un érysipèle de la face, qui entraîna la mort en moins de quarante-huit heures.

Quant aux symptômes qui ont un rapport plus immédiat avec l'opération, savoir la douleur des yeux et de la tête, on a vu qu'ils ont existé à un certain degré, même chez les individus qui ont recouvré la vue. Chez ceux qui n'ont pas eu ce bonheur, ces accidens ont eu, en général, une intensité et une durée plus considérables ; c'est à peu près là la seule différence, et même on aurait tort de croire qu'il en soit toujours ainsi, et que la légèreté de la douleur, ou même son absence totale, soient de sûrs garans d'un succès définitif.

En effet, sur les 61 malades dont il s'agit, il en est 10 dont la vue a été détruite, soit par opacité de la cornée, soit par formation d'une cataracte membraneuse et oblitération de la pupille, presque sans aucune douleur du côté affecté. Chez l'un d'eux il y eut à la fois oblitération de la pupille d'un côté, cataracte capsulaire de l'autre, et cependant à peine le malade avait-il ressenti de temps en temps quelques légers picotemens aux yeux, et un peu de pesanteur de tête pendant les premiers jours. Chez 3 autres, qui perdirent également les deux yeux, il n'y eut de douleur que d'un côté, et pas même la plus légère au second œil : la cornée devint opaque chez l'un d'eux ; il y eut deux cataractes capsulaires chez les autres. Les choses se passèrent d'une manière analogue chez les 6 derniers.

Il est arrivé assez souvent, comme dans les cas les plus heureux, de voir la douleur disparaître le deuxième ou le troisième jour, pour reparaître plus tard. Quelquefois aussi ce n'est que plusieurs jours après l'opération qu'elle s'est montrée pour la première fois, et qu'elle a été promptement accompagnée de la perte de l'œil, au moment où il paraissait tout à fait hors de danger.

Le cas le plus remarquable en ce genre a été celui d'un ouvrier de campagne, âgé de cinquante-six ans, opéré des deux côtés. Il avait éprouvé quelques douleurs légères à l'œil, au front et sur l'aile du nez, le tout du côté droit; il y avait un peu de rougeur de la conjonctive, le malade voyait, mais pas très-nettement. Depuis le premier jour, l'œil gauche n'avait pas été le siége de la plus légère douleur; la vue, de ce côté, était excellente, il n'y avait nulle rougeur, le malade distinguait les aiguilles d'une montre. Le soir du onzième jour, en faisant quelques efforts pour aller à la selle, il est pris de vifs picotemens à cet œil. Pendant la nuit ces picotemens augmentent beaucoup; ce sont des battemens très-forts, qui s'accompagnent d'une douleur intense sur le front, du côté gauche, et sur le lobe gauche du nez; il y a de l'engourdissement dans les dents correspondantes, la conjonctive se boursouffle, la paupière supérieure ne peut plus s'ouvrir et forme une saillie de la grosseur d'une noix; un liquide séro-purulent s'écoule de cet œil, qui, au bout de quelques jours, est détruit par la suppuration.

La femme qui succomba à un érysipèle de la face était âgée de quatre-vingts ans, et avait été opérée des deux côtés; dès ce moment elle ne cessa d'éprouver des battemens dans l'œil gauche et sur le front du même côté. Le cinquième jour, la cornée était déjà opaque; la conjonctive commença alors à se boursouffler. Le dixième jour, l'œil, ou plutôt la paupière supérieure faisait une saillie du volume d'une grosse noix, la peau était rosée; on voyait sortir entre les paupières des bourgeons d'un rose vermeil; à la place de la cornée existait une plaque d'un blanc mat, il y avait un écoulement séro-purulent. Jusqu'à cette époque, il n'y avait eu presque aucune douleur du côté

droit, la conjonctive était à peine rosée, et cependant la pupille était déjà occupée par un corps opaque. Le quinzième jour, au matin, la malade est depuis la veille dans l'état suivant : le côté droit de la face est tuméfié, dur au toucher, d'un rose un peu livide ; il y a quelques phlyctènes près de la bouche, la peau est chaude, sèche, le pouls à 120, régulier, assez fort, la respiration à 36, un peu bruyante ; la somnolence est prononcée ; la malade marmotte quelques paroles inintelligibles, peut à peine montrer sa langue, qui est jaunâtre, sèche, fendillée. Elle expire le soir à neuf heures.

Autopsie, le 31 mai 1833, trente-sept heures après la mort.

Face. La rougeur de l'érysipèle avait disparu, il n'y avait plus de tuméfaction ; les seules traces qui restassent encore de la maladie étaient quelques croûtes brunes, desséchées, et une grande fragilité de l'épiderme, qui se détachait au moindre contact, surtout à la paupière supérieure droite. Les conjonctives étaient d'un rose très-pâle, il n'y avait plus qu'un peu de boursoufflement à celle du côté gauche. Les deux yeux furent extraits des orbites ; les muscles, la graisse qui les entourent ne présentaient aucune apparence de lésion. L'œil *droit* avait son volume ordinaire ; la cornée était nette, en arrière, on apercevait une plaque jaunâtre occupant le champ de la pupille ; cette plaque était une fausse membrane très-mince, très-molle, ressemblant à celle qu'on trouve sur la plaie d'un vésicatoire, et adhérant à tout le pourtour de la petite circonférence de l'iris ; après l'avoir détachée, il fut aisé de voir qu'une seconde pellicule opaque, parfaitement distincte de la première, existait en arrière de celle-ci, c'était la lame antérieure de la cristalloïde ; du reste, toutes les autres parties de l'œil, l'iris, le corps vitré, la rétine, étaient à l'état normal.

L'œil *gauche* était évidemment augmenté de volume ; une plaque jaune, inégale, molle, occupait la place de la cornée et se prolongeait dans l'intérieur de l'œil ; on reconnaissait à peine quelques débris

noirâtres appartenant à l'iris ; le corps vitré était remplacé par une substance jaunâtre, homogène, opaque, ayant la consistance du fromage mou; c'était évidemment du pus demi-concret. Cette masse était entourée par une membrane brunâtre, mince, un peu tomenteuse, formée par la réunion de la choroïde et de la rétine, qu'on ne pouvait distinguer l'une de l'autre (1).

Ce cas offre un nouvel exemple de la formation d'une cataracte capsulaire et même d'une pseudo-membrane, sans qu'il y ait eu de douleur appréciable, soit à l'œil soit à la tête, du côté affecté.

Le fait de l'existence d'une fausse membrane partout adhérente au bord pupillaire de l'iris, et n'existant point ailleurs, me semble aussi par lui-même assez intéressant; c'est un point d'anatomie patholo-

---

(1) *Crâne.* La grande cavité de l'arachnoïde contenait deux petites cuillerées environ de sérosité roussâtre ; une infiltration assez abondante d'un liquide tout pareil existait entre l'arachnoïde et le cerveau ; en aucun point on n'apercevait la moindre trace de pus ni d'épaississement des méninges ; les grosses veines de la pie-mère étaient médiocrement injectées, s'enlevaient facilement sans déchirer la substance corticale. Cette dernière, ainsi que la substance blanche, avaient partout leur consistance et leur couleur naturelles; il faut en excepter les parties blanches centrales, et notamment le trigone cérébral, les deux lames qui constituent son pilier antérieur étaient assez ramollies et restèrent appliquées sur les corps striés quand on voulut enlever le mésolobe : leur consistance n'était pourtant pas tout à fait pulpeuse. Les ventricules latéraux contenaient une ou deux petites cuillerées de sérosité claire. Les plexus choroïdes, d'un rose pâle, renfermaient plusieurs vésicules transparentes de la grosseur d'un petit pois, et dont la coque était recouverte d'arborisations vasculaires excessivement fines. Le cervelet, la protubérance annulaire ne présentaient aucune altération.

Le reste de l'autopsie a été fait avec détails; je crois inutile de les rapporter ici : je dirai seulement qu'il n'y avait dans les poumons qu'un léger emphysème général, que le cœur et ses orifices ne présentaient aucune lésion, que la muqueuse de l'estomac était réduite à la moitié environ de son épaisseur ordinaire, mais sans ramollissement prononcé; que dans l'intestin grêle et gros il n'y avait qu'un faible degré de ramollissement au niveau du colon ascendant.

gique je crois encore peu étudié, bien qu'on trouve quelque chose d'analogue dans un mémoire de M. *Boudant*, consigné à la suite du compte rendu des travaux de la Société anatomique pendant l'année 1829.

Rien de plus rare, quoiqu'on ait dit le contraire, que de voir un adulte succomber à un érysipèle de la face, du moins quand cette affection se déclare chez un sujet d'ailleurs sain et non débilité par une maladie antérieure; un certain degré de somnolence et même de délire est pourtant assez fréquent dans cet exanthême, et c'est probablement ce qui, dans ces cas, fait redouter à tant de médecins le développement d'une méningite. Certes, c'est lorsque la mort survient au milieu de ces symptômes cérébraux, que l'on devrait trouver la confirmation de ces craintes, et cependant l'on a pu voir que les membranes du cerveau étaient dans un état d'intégrité parfaite.

En se rappelant ce qui a été dit à propos des accidens qui se déclarent après l'opération de la cataracte, on peut conclure, je crois, qu'il ne faut pas se fier à la légèreté, à l'absence même des douleurs, pour affirmer que l'opération réussira, pas plus qu'on ne doit désespérer du succès lorsque ces douleurs existent, surtout si elles ne durent que douze ou vingt-quatre heures. Ce que l'on peut dire, en général, c'est qu'elles sont plus fortes et plus continues dans les cas où l'œil doit être perdu, que dans les cas contraires; mais comment s'en fier à de pareilles différences, quand il s'agit de porter un prognostic ou de s'opposer à ces accidens qui anéantissent la vue! Les douleurs de dents ont été, à la vérité, deux fois plus fréquentes dans les cas d'insuccès que dans les autres; mais l'époque variable, et souvent fort tardive de leur apparition, ôte beaucoup de valeur à ce symptôme, puisqu'il n'annonce le mal que lorsqu'il est déjà irréparable. En définitive, c'est à l'examen de l'œil lui-même, fait avec de grandes précautions, qu'il faut s'en rapporter si l'on veut saisir à leur début les diverses lésions que l'on a à redouter; heureux si l'art possédait des moyens d'une efficacité bien démontrée pour les prévenir ou pour y remédier!

Le traitement employé contre les accidens consécutifs à l'opération s'est en général borné à des pédiluves sinapisés, répétés plusieurs fois par jour : fort rarement a-t-on eu recours à des émissions sanguines locales ou générales, ou à des purgatifs.

ARTICLE VII.

Résultats.

Avant de passer à une question fort importante, celle du prognostic, il convient de faire connaître les résultats définitifs qui ont été obtenus, afin d'apprécier plus facilement la valeur des diverses circonstances qui ont pu influer sur ces résultats.

Lorsqu'on s'occupe de recherches de ce genre, il faut, selon la remarque du professeur *Roux*, distinguer ce qui a rapport aux yeux de ce qui a rapport aux individus ; or, les chances sont toujours plus favorables à ceux-ci qu'aux premiers, c'est-à-dire qu'il y a proportionnellement plus d'opérés qui recouvrent la vue que d'yeux sur lesquels l'opération réussit.

Voici, sous ce double point de vue, le rapport des cas de réussite à ceux d'insuccès.

115 sujets ont subi l'opération de la cataracte par extraction, soit d'un seul, soit des deux côtés. De ces 115 malades, 73 ont dû à l'extraction le rétablissement de la vue, ce qui donne $\frac{73}{115}$, ou un peu *plus* de 5 sur 8, pour le rapport des individus sur lesquels l'opération a réussi, au nombre total de ceux qui ont été opérés (1).

En ne considérant maintenant que les yeux, nous en trouvons 179 sur lesquels l'extraction a été pratiquée. De ces 179 opérations, 97 ont été suivies de succès; c'est-à-dire un peu *moins* de 5 à 9, pour le rapport des cas de succès, au nombre total des opérations (2).

---

(1) Différence entre $\frac{73}{115}$ et $\frac{5}{8}$ égale $\frac{1}{102}$ à peu près.

(2) Différence entre $\frac{97}{179}$ et $\frac{5}{9}$ égale à $\frac{1}{73}$ à peu près.

Voici, d'autre part, les différentes espèces de lésions qui ont anéanti la vue dans les cas d'insuccès :

1° Quatorze yeux détruits par la suppuration.

Dans les cas de cette espèce, il se déclare d'abord une inflammation très-vive de la conjonctive oculaire et palpébrale. Cette membrane se boursouffle considérablement, et forme un gros bourrelet d'un rose vermeil qui pousse en avant la paupière supérieure et lui fait faire une saillie, quelquefois de la grosseur d'une noix ou même d'une petite pomme, due aussi en partie à une infiltration œdémateuse; elle sécrète d'abord une sérosité purulente, puis ensuite un pus véritable; l'intérieur de l'œil est bientôt envahi par la suppuration et finit par se vider. C'est après les accidens de ce genre que l'on voit l'organe réduit à un tubercule plus ou moins irrégulier, et qu'il est possible alors de corriger la difformité au moyen d'un œil d'émail, dont l'aspect et les mouvemens imitent quelquefois avec une grande perfection ceux de l'œil véritable.

Il ne faudrait pas confondre avec ce bourrelet inflammatoire de la conjonctive une autre lésion assez fréquente qui a quelque rapport avec la première, mais qui est bien moins grave : je veux parler d'une sorte de petit chémosis d'un rouge livide, très-brillant, d'un aspect comme demi-transparent, bosselé, et que l'on voit quelquefois se former du jour au lendemain. Il ne suppure point, et existe, je crois, plus souvent à la paupière inférieure qu'à la supérieure. Quoiqu'il ne soit pas rare de le voir coïncider avec la formation d'une cataracte capsulaire, ou d'une opacité totale ou partielle de la cornée, je l'ai vu se développer sur des yeux qui n'ont point été perdus.

2° Dix-neuf cas d'opacité de la cornée assez complète pour qu'on ne pût rien distinguer en arrière.

3° Neuf cas d'opacité incomplète de la cornée laissant apercevoir en arrière une tache opaque dans le champ de la pupille.

4° Quinze cas de cataractes membraneuses bien évidentes, sans opacité de la cornée, et sans que je trouve indiqués dans mes notes une déformation notable ou un déplacement de la pupille. Dans

trois ou quatre cas, ces cataractes présentaient une teinte rosée uniforme des plus évidentes.

5° Dans six cas, il y avait un corps opaque dans le champ de la pupille, avec déplacement ou déformation très-marquée de cette ouverture.

6° Une seule fois occlusion complète de la pupille.

7° Il reste enfin dix-huit cas, qui n'ont pu rentrer dans les divisions précédentes. L'un était celui de cet homme dont la vue était anéantie, quoique les deux pupilles fussent très-noires. Un second, qui ne présentait d'opacité que dans un point très-limité de la pupille, et cependant ne voyait pas. Deux cas fort curieux, dans lesquels, pendant le temps employé à la guérison de la plaie, un corps de forme irrégulière, d'un blanc opalin, ressemblant assez à une cataracte déformée pendant l'extraction, vint s'interposer entre les lèvres de la plaie de la cornée ; il y adhérait fortement, quoiqu'il fût assez volumineux pour soulever le lambeau d'une manière notable : chez l'un des deux malades, ce corps paraissait sortir de jour en jour davantage, et après avoir long-temps soulevé le lambeau, il finit par être tout à fait hors de l'œil, mais resta solidement implanté sur l'extérieur de la cicatrice : il était opalin, dur au toucher, insensible. Chez ces deux malades, l'extraction avait été bien complète, il n'était resté après l'opération aucune partie opaque dans le champ de la pupille. Serait-ce là comme une espèce de végétation anormale, de déviation du tissu fibreux de la cicatrice? Quoi qu'il en soit, la vue fut détruite chez l'un de ces malades par une cataracte capsulaire qui se forma en même temps que cette sorte d'excroissance ; chez le second, la pupille paraissait à peu près nette, mais la vision ne s'exerçait que très-imparfaitement.

Plusieurs des autres malades étaient de ceux qui ont été rangés parmi les *demi-succès*, soit qu'ils aient quitté l'hôpital, conservant une trop grande sensibilité de l'œil pour qu'on pût les examiner avec soin, soit qu'ils offrissent une opacité partielle de la cornée ou de la pupille. Enfin, dans quelques cas, la lésion n'a pas été suffisamment

décrite pour pouvoir l'indiquer ici ; cette omission a surtout eu lieu relativement à l'iris, je ne trouve que dans trois ou quatre cas l'indication d'un changement de couleur, et d'une teinte plus terne que présentait cette membrane ; mais je n'affirmerais point que les cas d'iritis n'aient pas été plus fréquens.

En résumant ces diverses altérations, on voit que des cataractes membraneuses existaient d'une manière évidente dans plus du tiers des cas d'insuccès. Il semble au premier coup d'œil que cela soit en opposition formelle avec ce qui a été dit plus haut de la rareté de cette espèce de cataracte, mais la contradiction n'est qu'apparente. En effet, j'ai entendu parler de la cataracte en général, et non point des malades qui sortent de la Charité après avoir subi l'opération sans succès. Je ne doute pas qu'il ne faille chercher dans la manière dont procède M. le professeur *Roux*, la cause de tant de cataractes capsulaires, accidens d'ailleurs réparables : n'est-il pas clair, en effet, qu'en se contentant d'une simple incision de la cristalloïde antérieure, cette membrane peut devenir opaque puisqu'elle reste dans l'œil, tandis que la chose ne serait pas possible si elle était coupée en plusieurs fragmens, comme le conseille *Beer*, et entraînée, au moins en partie, hors de l'œil en même temps que le cristallin? Ces malades se trouvent donc, comme on le voit, dans des circonstances toutes spéciales ; n'en pas tenir compte, et conclure généralement à la fréquence de la cataracte membraneuse, serait aussi peu logique que de dire que l'extraction est une opération mortelle une fois sur 14, parce que sur les 43 individus opérés au printemps de 1833, il s'en est trouvé 3 qui étaient dans des circonstances morbides telles, qu'ils ont succombé. Du reste, les faits rapportés ailleurs à propos de cette question me paraissent des preuves sans réplique.

ARTICLE VIII.

Prognostic.

Ces résultats généraux étant indiqués, examinons quelques points relatifs au prognostic, et passons successivement en revue l'influence de l'âge, du sexe, de l'opération simple ou double, et de quelques-uns des accidens qui la compliquent.

§ I^er^ *Age.* Relativement à l'âge, les malades peuvent être partagés en trois séries :

La 1^re^ contient 44 individus, âgés de 20 à 59 ans.
La 2^e^ . . . . 40 . . . . . 60 à 69.
La 3^e^ . . . . 27 . . . . . 70 à 82.

Les hommes et les femmes étant distribués en nombre presque égal dans chaque série.

Dans la première série, 69 opérations ont été pratiquées ; 39 ont réussi, et 28 sujets ont recouvré la vue ; ce qui donne pour les malades le rapport 28 à 44, à très-peu près égal au rapport 5 à 8, et pour les yeux le rapport 39 à 69, qui diffère fort peu du rapport général 5 à 9.

Dans la deuxième série, 64 opérations ont été pratiquées ; 34 avec succès, 27 malades ont recouvré la vue ; ce qui donne pour les malades le rapport 27 à 40, un peu plus favorable que le rapport 5 à 8 ; et pour les yeux, le rapport 34 à 64, un peu moins favorable que 5 à 9.

Enfin, dans la troisième série, 44 opérations ont été pratiquées ; 19 ont réussi, et 14 des 27 cataractés ont recouvré la vue. Ici le rapport 14 à 27 est moins avantageux que le rapport 5 à 8, et pour les yeux le rapport 19 à 44 est encore plus défavorable.

Ainsi donc l'âge, depuis vingt à soixante-neuf ans, n'a pas paru apporter de différence notable dans la proportion des succès; tandis que de soixante-dix à quatre-vingt-deux les résultats ont été évidemment moins satisfaisans, soit que l'on considère isolément les yeux ou les individus; et pourtant la perte d'une partie du corps vitré, accident dont la fâcheuse influence est incontestable, n'a pas eu lieu plus souvent dans cette série que dans les deux autres (1).

§ II. *Sexe.* Relativement à l'influence du sexe, voici ce qu'apprennent les résultats :

---

(1) Il est une autre circonstance que je n'ai pas mentionnée, et à laquelle il faut peut-être attribuer la proportion plus forte des insuccès dans un âge très-avancé : je veux parler de la flétrissure de la cornée. Chez un petit nombre de malades, et surtout chez les vieillards, cette membrane reste plissée, et même tout à fait concave antérieurement, après l'extraction de la cataracte; au lieu de reprendre sa forme convexe, comme c'est le plus ordinaire. Cet accident est extrêmement grave, et on le conçoit aisément, puisqu'il s'oppose à l'affrontement exact des bords de l'incision, circonstance indispensable au succès de la réunion immédiate, qui elle-même est la condition essentielle pour la réussite de l'opération. Je ne puis malheureusement donner sur ce sujet des détails plus positifs, mes notes n'en contenant pas d'assez précis. Dans un cas de ce genre, mon oncle, le professeur *Maunoir*, fit coucher horizontalement son malade, remplit d'eau tiède distillée la concavité oculaire formée par la saillie du pourtour de l'orbite, et entr'ouvrant très-légèrement les paupières, vit bientôt disparaître la flétrissure de la cornée au moyen de l'introduction de l'eau qui remplaça ainsi la perte de l'humeur aqueuse. Le malade, qui était un vieillard fort âgé, fut pansé comme à l'ordinaire, et guérit parfaitement. Les chirurgiens qui pourraient craindre les effets nuisibles de la présence de l'eau dans l'intérieur de l'œil, doivent se rappeler qu'elle diffère à peine de l'humeur aqueuse; et, ce qui est plus rassurant encore, que l'épreuve en a été faite un grand nombre de fois. L'oculiste *Forlenze*, qui passait pour fort heureux dans ses opérations, avait adopté comme méthode générale d'entraîner au dehors les débris de la cataracte, au moyen d'*injections* d'eau tiède dans l'intérieur de l'œil.

115 sujets ont été opérés, 59 hommes, 56 femmes. Sur ces 115 sujets, 179 opérations ont été pratiquées, dont 90 sur des hommes, 89 sur des femmes :

73 sujets ont recouvré la vue.	40 hommes. 33 femmes (1).
97 opérations ont réussi.	52 sur des hommes. 45 sur des femmes (2).
72 opérations n'ont eu aucun succès .	32 sur des hommes. 40 sur des femmes.
10 ont eu un demi-succès	6 sur des hommes. 4 sur des femmes.

Ainsi, sous tous les rapports, les résultats de l'opération ont été moins favorables aux femmes qu'aux hommes. En étudiant la marche de la cataracte, nous avons déjà vu les premières être sous un autre point de vue plus mal partagées que les hommes.

En réfléchissant aux circonstances différentes dans lesquelles se trouvent les hommes et les femmes qui subissent, à la Charité, l'opération de la cataracte, j'avais d'abord pensé que la nécessité où sont ces dernières de monter, pour regagner leur lit, un escalier qui communique avec l'air extérieur, pourrait bien être pour quelque chose dans la proportion plus forte d'insuccès qui les concernent ; mais j'avoue que je doute fort maintenant de la réalité de cette cause, en voyant dans un Mémoire sur la cataracte, publié par M. *Lusardi*, que les succès obtenus par cet oculiste ont été aussi un peu moins nombreux chez les femmes que chez les hommes. En effet, il est clair qu'ici, il n'a pu exister rien de semblable à ce qui a lieu à la Charité, par suite de la disposition des salles.

---

(1) Pour que les succès fussent proportionnellement égaux, il faudrait 38 femmes au lieu de 33.

(2) Pour la même raison, il faudrait 51 femmes au lieu de 45.

§ III. *Opération simple ou double.* Une question fort importante, et souvent débattue, est celle-ci : Y a-t-il plus de chances de succès pour chaque œil, lorsqu'on les opère tous deux le même jour, ou lorsqu'on ne pratique l'opération sur le second œil qu'après la guérison du premier? Ici, comme toujours, les avis sont partagés. M. *Demours* prétend qu'il faut distinguer dans cette question. Suivant lui, la double opération faite le même jour est plus avantageuse au chirurgien, parce qu'il est rare de voir les deux yeux perdus, et qu'il suffit que le malade recouvre la vue d'un côté pour que la réputation de l'opérateur soit à couvert; mais il pense que l'opération du second œil, pratiquée après la guérison du premier, offre au malade plus de chances favorables. Cette dernière opinion, comme on le voit, est seule scientifique. M. le professeur *Dupuytren* est du même avis. Voici comment s'exprime le docteur *Sanson*, à l'art. *Cataracte* du Dict. de méd. et de chir. pratiques : « La pratique de M. *Dupuytren* a mis *hors « de doute*, que lorsqu'on opère les deux yeux le même jour, l'in- « flammation est plus violente que quand on n'en opère qu'un seul, « et que presque toujours l'un des deux se chargeant de cette in- « flammation est perdu, et sauve en quelque sorte l'autre à ses dé- « pens, tandis qu'on peut les sauver plus facilement tous deux en les « opérant successivement. » Si le fait était tel que l'indique M. *Sanson*, il faut avouer qu'un œil perdu pour sauver l'autre serait une révulsion chèrement achetée; mais telle n'est point l'opinion de M. *Roux*, ce professeur estime au contraire qu'en opérant les deux yeux le même jour, il y a un peu plus de chances de les sauver tous deux que si l'on n'opérait le second qu'après la guérison du premier.

En présence de ces autorités imposantes, voyons ce que disent les faits. Diverses circonstances, qu'il est inutile de rapporter, font qu'assez souvent, et malgré sa préférence marquée pour la double opération le même jour, M. le professeur *Roux* opère ses malades d'un seul côté; c'est ce qui est arrivé chez quarante-huit des cataractés dont j'ai recueilli l'histoire. Or, de ces 48 opérations, 23 ont été suivies d'un succès complet; à ces 23 on devrait, je pense, ajouter un

cas d'amaurose qui existait d'une manière évidente avant l'opération, et dont le résultat, comme opération, fut aussi beau que possible ; on pourrait encore y joindre à la rigueur, le cas de cet homme qui mourut le cinquième jour, et dont l'œil n'offrait pas trace d'inflammation ; ce serait alors un peu plus de la moitié de succès. Mais pour être plus stricts, retranchons ces 2 faits du nombre total, et sur 46 opérations, nous aurons 23 cas de succès, 20 insuccès et 3 demi-succès. Maintenant, sur 64 autres malades, l'extraction a été pratiquée des deux côtés le même jour. De ces 128 opérations, 74 ont été suivies de succès complet, 47 ont complètement échoué, 7 n'ont eu qu'un demi-succès. On a donc, en définitive, 74 sur 128 pour le nombre proportionnel des succès, c'est-à-dire un résultat un peu plus avantageux que dans la série précédente. Ainsi, l'influence fâcheuse de la double opération pratiquée le même jour est loin d'être mise hors de doute.

§ IV. *Accidens de l'opération.* Nous avons vu plus haut que certains accidens compliquent quelquefois l'extraction de la cataracte; recherchons quelle a été leur influence sur les résultats définitifs.

Le premier et le plus léger sans doute est *la piqûre* de la peau ou de la muqueuse de l'angle interne des paupières. Je n'en aurais pas même parlé si je n'avais entendu plusieurs chirurgiens dire que, quoique légère, cette lésion dans le voisinage immédiat d'un organe aussi délicat que l'œil, et qui vient de subir une opération, pouvait avoir le grand inconvénient de déterminer un état inflammatoire, ou de l'aggraver s'il devait se développer. Tout cela est rationnel en effet, mais ici, comme si souvent, l'expérience ne confirme en aucune manière ce que le raisonnement avait annoncé. En voici la preuve. Je crois n'avoir jamais, ou presque jamais omis de noter cet accident lorsqu'il a eu lieu ; or, sur 27 opérations où je le trouve indiqué, 16 ont eu un heureux résultat; ce qui donne le rapport 16 à 27, un peu plus favorable que le rapport général 5 à 9.

Un second accident qui survient quelquefois pendant la section de la

cornée, c'est la *lésion de l'iris*. Cette membrane est ordinairement coupée dans une portion de sa largeur, soit vers la partie externe lorsque le couteau pénètre, soit vers la partie interne lorsqu'il ressort de l'œil; quelquefois aussi en bas, par le milieu du tranchant de l'instrument. Il en résulte une pupille plus ou moins échancrée du côté de la lésion, et le plus souvent cette échancrure persiste après la guérison. Ne fût-ce que sous le point de vue de cette légère difformité, la blessure de l'iris est évidemment une imperfection de l'opération; mais, est-ce un inconvénient réel, et la lésion de cet organe si vasculaire, si sensible, a-t-elle une influence fâcheuse sur le résultat définitif? y a-t-il, en d'autres termes, plus d'yeux perdus dans les cas où cet accident arrive que dans ceux où on l'a évité? Les auteurs qui ont écrit sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte n'ont pas manqué de faire jouer un rôle à la lésion de l'iris. *Ware* la signale comme dangereuse; M. *Sanson*, dans l'article déjà cité, s'exprime ainsi : « Le sang « qui s'échappe dès que l'iris est blessé remplit promptement « la chambre antérieure de l'œil, et masque les parties au point que « ce n'est plus qu'au hasard que l'on conduit les instrumens pour « achever l'opération; et en supposant que celle-ci ait pu être ter- « minée, il résulte *toujours* de la lésion de l'iris une inflammation plus « ou moins grave dont les suites sont, ou une déformation de la pu- « pille, ou des opacités secondaires qui nuisent à la vision, ou qui « même l'empêchent tout à fait. »

Je ne saurais en aucune manière partager sur ce point l'opinion de *Ware* et de M. *Sanson*. J'ai observé vingt-une fois la lésion de l'iris, et sur ces 21 opérations, 13 ont été suivies de succès, ce qui donne le rapport $\frac{13}{21}$, plus favorable même que le rapport général 5 à 9 (1).

---

(1) Si les auteurs qui ont signalé comme dangereuse la lésion de l'iris avaient eu le soin de *compter* tous les faits de ce genre dont ils ont été témoins, on doit croire qu'ils seraient arrivés à des conclusions différentes. Probablement ils se sont fiés à leur mémoire, qui ne leur a rappelé que les insuccès. Je ne connais

Quant à l'épanchement de sang dans la chambre antérieure, il ne fut dans aucun cas assez abondant pour empêcher de terminer l'opération; bien plus, il y en eut un certain nombre dans lesquels il ne s'écoula pas une seule goutte de sang des bords de l'incision. Ce fait est du reste bien connu; on sait que dans des circonstances en apparence semblables, et sans qu'on puisse se rendre compte de cette différence, tantôt la section de l'iris donne lieu à un écoulement sanguin, tantôt en est tout à fait exempte. Il serait curieux de rechercher lequel de ces deux phénomènes est le plus fréquent; je regrette de m'être en général borné à noter la lésion de l'iris sans indiquer s'il y avait eu ou non écoulement de sang; ce que je puis dire, c'est que sur 8 cas où je n'ai pas fait cette omission, il en est 3 dans lesquels pas une seule goutte de sang ne s'épancha dans l'œil, 1 où il n'y en eut qu'une quantité fort minime, 4 où elle fut plus considérable, mais sans entraver l'opération.

On en doit dire autant de la douleur; elle est quelquefois très-vive au moment où le couteau perce l'iris, d'autres fois les malades ne paraissent pas s'en apercevoir.

Pour ce qui concerne la déformation définitive de la pupille après la guérison, il est vrai qu'elle a lieu le plus souvent, mais sans qu'il s'ensuive de trouble notable dans la faculté visuelle, et sans qu'elle soit d'ailleurs un résultat de l'inflammation, dont l'effet serait plutôt d'y remédier. D'ailleurs, bien que fréquente, cette difformité légère ne persiste pas toujours, et l'iris, lorsqu'il a été divisé, offre une ten-

---

pas de source d'erreur plus féconde que celle-là. Le petit nombre de ceux qui se sont donné la peine de recueillir indistinctement et sans choix beaucoup de cas d'une même maladie, et qui ensuite ont scrupuleusement analysé les faits pour n'en tirer que ce qu'ils contenaient, ont dû remarquer que sur bon nombre de points le résultat rigoureux de leurs observations était fort différent de l'*opinion* qu'ils s'étaient formée d'après leurs souvenirs. Et cependant, il faut bien l'avouer, c'est cette opinion seule qui trop souvent constitue ce que l'on appelle l'expérience du praticien.

dance à la réunion qui a paru telle à sir *W. Adams*, que pour obtenir la persistance de la pupille artificielle lorsqu'on la pratique par l'incision de l'iris, cet oculiste recommande d'interposer un fragment du cristallin entre les lèvres de la plaie, afin qu'elles ne se réunissent point. Il faut pourtant convenir que cette tendance à la réunion n'est pas bien grande, au moins pendant un certain temps; car de 13 cas où la lésion de l'iris avait eu lieu, et où j'ai noté exactement l'état de la pupille à la sortie des malades, il s'en est trouvé 11 dans lesquels cette ouverture est restée irrégulière, 2 seulement dans lesquels elle avait repris sa forme arrondie.

Mais si la lésion de l'iris ne paraît pas avoir une influence plus fâcheuse sur les résultats définitifs que la simple piqûre de la peau du grand angle de l'œil, on ne peut en dire autant de *l'issue d'une partie du corps vitré;* et, chose étonnante, les auteurs, tout en mentionnant cet accident, semblent, par leurs expressions, n'y attacher une grande importance que lorsque cette humeur a été évacuée en quantité considérable. Suivant *Beer*, quand un huitième ou même un quart de l'humeur vitrée s'est échappé, la vue n'est que peu ou point altérée; si un tiers de ce liquide a été perdu, la vision ne peut qu'être assez imparfaite, et enfin quand plus de la moitié s'est écoulé, le résultat est encore moins satisfaisant. Le professeur *Roux* pense aussi, si je ne me trompe, que la perte d'une petite quantité de corps vitré, surtout si les yeux sont gros, n'est point un évènement fâcheux. Je crois que, même en adoptant cette manière de voir, on doit éviter avec le plus grand soin tout ce qui pourrait déterminer l'accident en question. Qui peut dire, en effet, s'il s'écoulera peu ou beaucoup de corps vitré une fois que ses cellules sont rompues?

Quoi qu'il en soit, et en examinant un certain nombre de cas, on arrive à se convaincre que cet accident est grave; je l'ai observé 19 fois, et sur ces 19 opérations 6 seulement ont été suivies de succès; tandis qu'en les retranchant de la somme totale il reste 160 opérations, dont 92 ont réussi, ce qui fait un peu plus de 5 cas de succès sur 9 opérations. La différence est, comme on le voit, fort notable.

Et que l'on ne pense pas que dans tous les cas d'insuccès, la moitié, le tiers, le quart même du corps vitré aient été évacués : je ne crois pas en avoir vu une seule fois une quantité assez considérable pour qu'on pût l'évaluer au tiers, et elle était en général beaucoup moindre.

J'aurais eu encore à parler de certaines causes qui me semblent devoir exercer une influence fâcheuse sur les résultats définitifs de l'extraction de la cataracte, j'avais à dire par quels moyens on pourrait peut-être les éviter; il me restait enfin à examiner les cas dans lesquels j'ai vu pratiquer l'abaissement : mais tout cela m'entraînerait bien loin des limites ordinaires d'une thèse, et je les ai déjà dépassées.

Je récapitule en peu de mots les principaux résultats de ce travail.

Causes. Le *sexe* n'a pas paru exercer d'influence sur la production de la cataracte, chez les malades soumis à mon observation. De 121 sujets, 61 appartenaient au sexe masculin, 60 au sexe féminin.

L'influence de l'*âge* est, au contraire, incontestable : la quatrième partie environ des cataractés était entre cinquante et soixante ans, le tiers à peu près entre soixante et soixante-dix, un peu moins du quart au-dessus de soixante-dix.

L'*hérédité* doit être considérée comme une cause réelle de cataracte, puisqu'elle a été constatée chez la quatrième partie au moins des malades interrogés sous ce point de vue.

Quant à la plupart des autres ciconstances qui ont été étudiées, comme la profession des malades, leur genre de vie, leur con-

stitution, l'influence de certaines maladies, etc..., j'ai exposé les raisons qui, suivant moi, s'opposent à ce que la valeur de ces circonstances puisse être actuellement appréciée.

Début. La cataracte a débuté brusquement dans 10 cas, d'une manière lente, au contraire, dans 52.

Elle a atteint d'abord un seul œil, 63 fois sur 72 (35 fois l'œil droit, 28 fois le gauche); dans les 9 derniers cas elle a débuté en même temps des deux côtés.

Chez 8 de ces 72 malades, la formation de la première cataracte a été tout à fait inaperçue; le hasard seul leur a fait découvrir qu'ils avaient perdu la vue d'un côté.

Symptômes et diagnostic. La sensation d'un brouillard uniforme a été un symptôme constant chez tous les individus atteints de cataracte.

Dans les trois quarts des cas environ (46 fois sur 59), il s'y est joint d'autres sensations visuelles, la plus fréquente consistant en une mouche noire que les malades croyaient apercevoir.

De 46 sujets, 15 voyaient mieux de côté qu'en face, 8 ne voyaient pas mieux dans quelque position qu'ils plaçassent les objets; 23 n'avaient rien remarqué de particulier sur ce sujet.

Dans la grande majorité des cas, les malades voyaient mieux dans un lieu obscur que dans un lieu très-éclairé; c'est ce qui a eu lieu 45 fois sur 55 malades. Les 10 autres n'avaient pas observé de différence, ou même disaient mieux voir au grand jour; mais chez quelques-uns de ces derniers il y a doute sur la simplicité de la cataracte.

La pupille était mobile et régulière, et la faculté de voir non entièrement abolie chez presque tous les cataractés; il y a eu pourtant quelques exceptions dans des cas où l'on ne pouvait soupçonner d'amaurose.

L'apparence de la cataracte a été très-variée; voici, par ordre de

fréquence, les teintes principales observées sur 117 cataractes : *gris, blanc, bleuâtre, brun noirâtre.* Outre la diversité des couleurs, 26 malades sur 65 portaient des cataractes d'aspect tacheté ou strié.

Les cataractes capsulaires sont loin d'être fréquentes; il ne s'en est trouvé que 5 de cette espèce sur 179 qui ont été opérées par extraction.

Les caractères indiqués par *Beer* et *Travers* pour reconnaître les cataractes capsulaires sont illusoires : ces caractères n'existaient point dans les 5 cas indiqués, et se rencontraient dans un grand nombre de cas où la cataracte était purement cristalline.

Durée. La durée de la formation des deux cataractes a été en moyenne chez 47 sujets, et abstraction faite du sexe, de : 5 ans un mois 4 jours. Pour les 25 hommes, elle a été de : 4 ans 2 mois 23 jours; pour les 20 femmes : 4 ans 5 mois 20 jours. Cette durée moyenne a été, pour le premier œil atteint : 1 an 7 mois 8 jours, chez les hommes, 2 ans 7 jours pour les femmes; et pour le second œil : 1 an 4 mois $\frac{1}{2}$ chez les hommes, 2 ans 14 jours chez les femmes.

Les hommes ont plus souvent et plus long-temps joui que les femmes de l'intégrité des fonctions de leur second œil après que le premier a été affecté de cataracte.

Résultats de l'opération. Les résultats de l'opération de la cataracte par extraction ont été plus favorables aux individus qu'aux yeux opérés. Sur 115 malades, 73 ont recouvré la vue, ce qui fait un peu plus de 5 sur 8. Sur 179 opérations, 97 seulement ont réussi, c'est-à-dire un peu moins de 5 sur 9.

Dans plus du tiers des cas où l'opération n'a point eu de succès (30 cas), la perte de la vue a reconnu pour cause une cataracte secondaire, avec ou sans opacité partielle de la cornée, avec ou sans déformation et déplacement de la pupille. Dans 14 cas, l'œil a été détruit par la suppuration; 19 fois il y a eu opacité complète de la cor-

née; une seule fois occlusion de la pupille. Dans les 18 derniers cas, les lésions étaient variées.

Prognostic. L'âge des malades n'a pas paru avoir d'influence sensible sur le résultat de l'opération depuis 20 jusqu'à 69 ans; mais au-dessus de 70 ans les résultats ont été un peu moins favorables.

Les résultats ont été un peu moins favorables chez les femmes que chez les hommes, soit que l'on considère isolément les yeux opérés, ou les individus sur lesquels l'opération a été pratiquée.

Les résultats obtenus en opérant un seul œil ont été moins avantageux que ceux obtenus en opérant les deux yeux le même jour. C'est ce qui résulte de la comparaison de 48 opérations simples avec 64 opérations doubles.

La piqûre de l'angle interne de l'œil, observée 27 fois, n'a pas eu d'influence fâcheuse sur le résultat de l'opération; de ces 27 cas, 16 ont été suivis de succès.

La lésion de l'iris n'a pas eu des suites plus graves, puisque sur 21 opérations où cet accident a eu lieu, 8 fois seulement la vue n'a point été rétablie. Dans aucun cas il ne s'est écoulé assez de sang dans l'œil pour empêcher de terminer l'opération; quelquefois même il ne s'en est pas écoulé une seule goutte.

L'issue d'une portion du corps vitré constitue au contraire un des accidens les plus fâcheux, puisque de 19 opérations où il a été observé, 6 seulement ont été suivies de succès.

FIN.

APHORISMES.

I.

Servandum solum quod observatum est, vel ex observatione adeò evidenter sequitur, ut à nemine gnaro et benè cordato dici possit non sequi. (*Boerhaave.*)

II.

Ne soyons si simples de nous reposer et endormir sur le labeur des anciens comme s'ils avoient tout sçeu ou tout dict. (*Amb. Paré.*)

III.

Or, quelquefois la cataracte. . . . . se rompt par pièces; adonc faut abattre toutes les pièces l'une après l'autre, et encore qu'il en demeurast quelque petite portion, ne faut douter qu'elle ne se consomme par le bénéfice de la chaleur naturelle. (*Amb. Paré.*)

IV.

Pareillement aucunes cataractes, en les voulant abattre, deviennent comme laict ou eau trouble, à raison qu'elles ne sont encore assez dures : et combien que telle chose advienne, si est-ce qu'il y a espérance de guarison, pource que après elle ne se peut rassembler, et après quelque temps l'œil se clarifie, principalement aux jeunes. (*Amb. Paré.*)

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Quibuscumque in urethrâ tuberculum exiguum succrevit, his, eo suppurato et rupto, solutio. *Sect.* 4, *aph.* 82.

II.

Quibuscumque in urinâ veluti arenæ subsidunt, an vesica his calculo laborat? *Sect.* 4, *aph.* 79.

III.

Mulieri prægnanti si mammæ derepentè gracilescant, ipsa abortit. *Sect.* 5. *aph.* 37.

IV.

A sanguinis sputo, puris sputum; à puris sputo, phthisis, marasmus : ubi verò cessat sputum, mors. *Sect.* 7, *aph.* 16.

V.

Phthisis evenit adolescentibus præsertim ab anno octavo decimo ad quintum et tricesimum. *Sect.* 5, *aph.* 9.

VI.

Siderationes autem accidunt præsertim ætatibus quæ intrà quadraginta et sexaginta annos. *Sect.* 7, *aph.* 57.

VII.

Quibus circa dentes glutinosum quid in febribus adhæret, febres vel vehementiores vel longiores evadunt. *Sect.* 4, *aph.* 83.

VIII.

Ei qui à febre tenetur, præfocatio derepentè facta, sine tumore in pharynge, plerumquè mortale. *Sect.* 4, *aph.* 34.

IX.

In febre non intermittente, si labrum, vel supercilium, vel oculus, vel nasus, divertatur; si æger nil videat, si nil auditu percipiat, viribus jam fractis, quodcumque ex his obtigerit, præsto mors est. *Sect.* 4, *aph.* 49.